

dr.Terenyi Zoltán

A CSOPORT, AHOVÁ TARTOZUNK
- a beteg, a betegség és a szakember -

DOKTORI DISSZERTÁCIÓ

Kaposvár, 2011

Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar
Nyelvtudományi Doktori Iskola
Kommunikáció Program

Témavezető:
Dr.Erdélyi Ildikó

TARTALOMJEGYZÉK / 2

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS / 3

- 0. BEVEZETÉS: A TÉMA KÖRÜLHATÁROLÁSA ÉS RELEVÁNS FOGALMAI / 4
- 1. A PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉG MINT PROBLÉMA / 9
 - 1.1. A páciens perspektívája / 9
 - 1.1.1. A betegség problémaként való azonosítása / 14
 - 1.1.2. Felkészültség - A betegség privát jellege / 16
 - 1.1.3. A megbetegedés mint kommunikáció / 18
 - 1.1.4. A család mint a páciensi perspektíva megjelenítője / 19
 - 1.2. A kezelői perspektíva / 20
 - 1.2.1. A betegség mint társadalmi konstrukció / 20
 - 1.2.2. A diagnózis mint szimbólikus szignifikatív / 22
 - 1.2.3. A betegségélmény a kezelői perspektívában. A betegség problémaként való felismerése / 23
 - 1.3. Közös perspektíva / 24
 - 1.3.1. A betegség rekonstrukciója – A betegség nyilvános jellege / 26
 - 1.3.2. A diagnózis mint többletfelkészültség / 29
 - 1.3.3. A kezelési keret / 35
 - 1.4. A pszichiátriai intézmény/osztály mint a pszichiátriai betegség körüli kommunikációk komplex színtere / 39
 - 1.4.1. A pszichiátriai osztály funkcionális jellemzése / 40
 - 1.4.2. Evolúciós/etológia alapú leírás / 46
 - 1.4.3. Egyensúlyi viszonyok: az erőforrások megszerzésének és elosztásának módja / 51
 - 1.4.4. Hierarchia és reflektivitás viszonya: a totális rendszer mint csoportterápiás közeg / 52
- 2. A CSOPORT MINT SZÍNTÉR / 57
 - 2.1. A "mintha" kommunikáció feltételei a pszichiátriai osztályos közegben / 58
 - 2.1.1. A pszichoterápia kognitivistá értelmezése / 61
 - 2.1.2. Megértés és közvetlen megvalósulás kettőssége / 68
 - 2.1.3. Résztvevő megfigyelés / 74
 - 2.2. A csoport mint rendszeralakító struktúra / 83
 - 2.3. A pszichoterápiás tudás helye / 89
 - 2.3.1. Társadalmi legitimáció – terápia, képzés, kutatás / 105
 - 2.3.2. A hallgatólagos tudás elemei / 114
- 3. A CSOPORT MINT KOLLEKTÍV ÁGENS / 118
 - 3.1. Csoport és felkészültség / 124
 - 3.2. A csoport mint aktor / 127
 - 3.3. A csoport belső nyilvánossága / 131
 - 3.4. A csoport lokalitása / 135
- 4. A CSOPORTVEZETŐ MINT KOMPETENS ÁGENS A CSOPORTBAN MINT KOLLEKTÍV ÁGENSBEN / 137
 - 4.1. A csoport kommunikációjának meghatározó konstituense a csoportvezető / 140
 - 4.2. A csoport komplexitása a csoportvezető perspektívájából / 141
- 5. KONKLÚZIÓ / 144
- 6. IRODALOMJEGYZÉK / 145

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A dolgozat sok éven keresztül szerzett tapasztalataim lenyomata. Köszönettel tartozom mindazoknak, akikkel munkakapcsolatban álltam és állok, kollégáknak és pácienseknek, akik a leírtak alapjául szolgáló társas helyzeteket velem együtt előállították és akik engedték, hogy ezekkel a dolgokkal megfigyelői pozícióból is foglalkozhassam.

Szeretettel köszönöm néhai kolléganőmnek, jóbarátomnak, Lukácsa Monikának, hogy a csoportozás töröcskei megalapozásában együtt dolgozhattam vele.

Köszönöm kiképzőmnek, Szőnyi Gábornak és volt osztályos szupervízoromnak, Harmatta Jánosnak a csoportanalitikus szemlélet és a gyakorlati csoportozás megalapozását.

Köszönettel tartozom csoportvezető tagtársaimnak a Töröcskei Napok stábjában, a Magyar Csoport-Pszichoterápiás Egyesületben, a Csoportanalitikus és Kiképző Társaságban és a Pszichoterápiás Hétvégek stábjában, akik a kreatív műhelyek keretében inspirálóan hatottak rám.

Tisztelettel köszönöm néhai főnökömnek, Boldizsár Ferencnek, hogy lehetővé tette a csoportközpontú megközelítés meghonosítását munkahelyemen.

A doktori iskolában számos szemléletformáló kurzusban vehettem részt, melyek a dolgozat tartalmi részét jelentősen befolyásolták, kiemelkedően fontosnak éreztem Pléh Csaba, Zajdó Krisztina, Síklaki István, György Péter, Heller Mária, Mérő László, Karácsony András kurzusát.

Külön köszönöm konzulensemnek, Erdélyi Ildikónak, hogy bevilágító kérdéseivel a lényegi pontokon továbbsegített a gondolkodásban és közelebb vitt a kutatói attitűd felvételéhez. Hálásan köszönöm a doktori iskola vezetőjének, Horányi Özsébnek, hogy a dolgozat végső formába öntését pontos észrevételeivel segítette, továbbá, hogy a csoportszemléletet laikus létére jó hatásfokkal magáévá tette.

Köszönöm feleségemnek, Kantó Annának és családomnak, hogy a dolgozat megírásához alapot adó évtizedes pszichiáteri munkámban elviseltek és támogattak.

0. BEVEZETÉS: A TÉMA KÖRÜLHATÁROLÁSA ÉS RELEVÁNS FOGALMAI

A dolgozat témája a pszichiátriai betegség és a terápiás csoport reflektív viszonya. A pszichiátriai betegség mint probléma kezelésére létrejövő színterek között a csoport olyan komplex színtér, amely a pszichiátriai osztály hierarchikus körülményei között is lehetővé teszi a pszichiátriai betegség terápiás célú reflexióját. A reflexió azáltal tud megvalósulni, hogy az ágensek részvételével létrejön a betegség *rekonstrukciója*. A rekonstrukció a betegség három rétegét érinti:

- a személyes élmény a személyközi terápiás kommunikáció révén interperszonálisan rekonstruálódik;
- a betegség mint társas konstrukció a kezelési rendszer lokalitásában jelenik meg;
- az egyedi beteg betegségének mint problémának a kezelése a társadalmi kommunikáció szintjén legitimációs funkcióval bír.

Csoportot vezetni könnyű és izgalmas dolog. Csoportot létrehozni, környezetébe beágyazni, fenntartani, működtetni nehéz, de izgalmas dolog. A nehézséget és izgalmat a számos komplex feltétel kérdéses összehangolhatósága jelenti, hiszen ezek közül többre egyáltalán nem vagy csak áttételesen van rálátása és hatóképessége a csoportvezetőnek. A dolgozat célja, hogy a csoportok működésének néhány alapvető feltételét áttekintse és ezeket kommunikációs perspektívából leírja.

Miután számos intézményi, szociokulturális közegben léteznek vezetett csoportok, szükséges és célszerű a kontextus szűkítése, specifikálása. Specifikus csoportkörnyezetként elemzem a *pszichiátriai osztályos közeget*. Ennek mint fókuszának a kiválasztását több tényező is indokolja, alátámasztja:

- a mai csoportvezetési gyakorlatok és elméletek alapvető forrásai a negyvenes-ötvenesek évek pszichiátriai osztályain elindult csoportterápiás kezdeményezések (Szőnyi, 2005);
- a pszichiátriai osztály kellően komplex rendszer, a sokrétű és sok, eltérően jellemezhető működésmód komplexé módot ad a csoportműködés sokszínű megközelítésére;
- magam pszichiátriai osztályon dolgozom, jól ismerem ennek a közegnek a jellemzőit.

A dolgozatban többnyire a *vezetett és kezelési/terápiás célú* csoportról van szó. Az egyéb, szociológiai, szociálpszichológiai (értelmű) csoportfogalom használatakor azt társas jelzővel külön jelölöm.

A pszichiátriai osztályos közeg mint *klinikai környezet* modellként szolgál. Ebben a megjelölésben hangsúlyos összetevő az a tény, hogy betegek kezeléséről, betegek által elszenvedett/létrehozott/megmutatkozó tünetekről és betegségekről van szó ezekben a közegekben. Azért látszik indokoltnak a tágabb 'klinikai' megjelölés a szűkebb 'pszichiátriai' helyett, mert ezáltal is hangsúlyozni szükséges két tény: a pszichiátriai osztályos gyakorlat a klinikai orvostudomány része; a holisztikus szemlélet alapján az egyes orvosi diszciplínák által kezelt betegek betegségeinek jellemzői között kevésbé éles a határ, mint azt az orvosi gyakorlat és az intézményes egészségügyi ellátás rögzíti. A pszichiátria specifikációját ebben a dolgozatban tehát nem a klinikai orvostudományon belül végzem el, hanem két másik kategória felől, a "kommunikatív" és a "környezet" értelmezése által. Ez azt is jelenti, hogy a terápiás csoportokat nem a klinikai hatékonyság perspektívájából, hanem személyközi és társadalmi kommunikációs környezetként elemzem.

A *kommunikatív* terminus kettős jelentéssel bír, kétféle jelentéssel használom. Egyfelől szinonimája a 'kommunikációs' jelzőnek, ebben a tekintetben Terestyénivel (2006) ellentétben tudatosan inkább ezt a formát használom, éppenséggel hangsúlyozva a jelző egyediségét. Másfelől a 'kommunikatív' mint a kommunikáció participációs elméletének egyik alapvető kategóriája egy jellegzetes, önállóan konstituált állapotot is jelöl (Horányi, 2007). A címben a kommunikációra való utalást két dolog indokolja: a dolgozatban használatos leírás elsődlegesen kommunikációelméleti alapú, a kommunikációs perspektíva jelenti minden esetben a kiindulást illetve a csoportok és rendszerek leírásának ez az alapvető megközelítése. A kommunikációs perspektíva olyan *többletet* jelent a leírt folyamatok és struktúrák megértésében, amelyet más típusú, a dolgozatban érintőlegesen szintén használt megközelítések, módszerek és paradigmák (szociológiai, szociálpszichológiai, pszichopatológiai, evolúciós paradigmák) nem nyújtanak. Ezt a többletet igyekszik igazolni és használni is a dolgozat.

A kommunikációs megközelítést indokló másik tényező az, hogy a pszichiátriai csoportok működésének leírásában közvetlenül, koherens módon adaptálhatóak a társadalmi kommunikáció és a média kommunikáció elméleteinek meg gondolásai (Terenyi, 2005). Ez azt is jelenti, hogy környezet alatt a dolgozat kontextusában nem csupán fizikai, medikális és társas környezetet értek, és nem is csupán a rendszerelmélet felé terjesztem ki a fogalom értelmezését, hanem a médiakörnyezet értelmében is, azaz nyilvánosságként, továbbá minden esetben a társadalmi kommunikáció részeként fogom fel. A csoport környezetét tehát egyszerre értelmezem kórházi közegként, a társadalmi kommunikáció színtereként és a média részévé

váló, az által integrálnak mutatkozó közegként. A társadalmi kommunikáció felőli leírás teszi lehetővé azt, hogy például a pszichiátriai betegség mint probléma fogalmát koherens módon beilleszsem a terápiás csoport kommunikáció alapú leírásába. A médiaelméleti integráció, a terápiás csoport médiumként való felfogása és a média mint modell használata elősegíti a csoportok és a pszichiátriai intézmény sokrétű kapcsolódásának megértését.

A dolgozatban közelebbről vizsgált csoportforma a *terápiás* csoport. A 'terápiás' jelző egyrészt direkt módon utal a kezelésre mint medikális tevékenységre, ugyanakkor implikálja a betegséget, mint annak, az ember életvilágához/sajátvilágához tartozó állapotnak a létezését, amelynek a megszüntetésére/enyhítésére/megelőzésére a kezelés irányul. A pszichiátriai terápiák két jelentős csoportja: a biológiai és a pszichológiai terápiák. A biológiai terápiák fókusza az *emberi test*, annak elsődlegesen biológiai, fiziológiai szinten észlelt és értelmezett változása és befolyásolása maga a kivizsgálás és a kezelés. A pszichológiai terápiák elsődleges fókusza ezzel szemben az *emberi kommunikáció*. Habár a pszichológiai terápiák között is vannak a testtel dolgozó módszerek, azokban a testi élmény mint kommunikátum jelenik meg, ebben az értelemben nem különböznek az egyéb nonverbális módszerektől (művészet-, zene-terápiák). Terápia és kommunikáció viszonyát tehát kölcsönös megfeleltethetőségként fogom fel: a terápia speciális személyközi kommunikáció, a terápiás kommunikáció a terápia alapvető összetevője, ugyanakkor a terápiából mint személyközi kommunikációból számos általános jellemző levezethető.

Miben ragadható meg a terápiás csoporton belüli kommunikáció más, hétköznapi személyközi kommunikációs helyzetektől való eltérése? Két dimenzió lényeges ebben a tekintetben: a terápiás jelleg és a csoport jelleg. Utóbbiban az összevetés alapja a kétszemélyes (diádikus) személyközi kommunikáció és a tömegkommunikáció, kommunikációtudományi eszközökkel jól definiálható eltérésekkel. A 'terápiás' viszont olyan specifikum, amelynek csak intencionális jellege adott, az a célorientáltság, amely beilleszti a kezelési/egészségügyi ellátási rendszerbe, viszont a 'terápiás' érdemi jegyeit ez a beillesztés nem határozza meg. Konkrétan: attól még nem terápiás a csoport, hogy kezelési helyzetben, betegek részvételével történik, még attól sem, hogy a csoport célja terápiás irányú változás. A terápiás jelleg definitív részének tekintem a *reflektivitást*, mely különböző mértékű, szintű lehet: a reflektív jelleggel írható le leginkább az a kommunikáció, amely a terápiás csoportban létrejön és a terápiás változás fő eleme. A terápia további konstitutív eleme a pszichiátriai betegség: a terápiás kontextusban ez tematizálódik, erre irányul a terápia. A terápia szerkezete leírható eszerint, részei: pszichiátriai betegség, reflektív munkamód, kezelő és páciens mint ágens.

A pszichológiai terápiákat kommunikáció alapúnak tekintem, ugyanakkor két szempontból kitágítom a kommunikációs perspektívát. A pszichoterápia a személyközi kommunikáció sajátos példája, a résztvevő ágensek aktivitásaként illetve az ágensek által konstituált szintéreként és állapotként írható le, de egyúttal a *résztvevő megfigyelői* működésnek a modellje is. Ez a megközelítés teszi lehetővé a terápiás kommunikáció egyik sajátosságának, a "*mintha*" kommunikációnak a leírását. A dolgozatban a szokványosan diádikus kommunikációs modelleken túllépve *triádikus* ágens-konstellációt tételezek, általánosítok. A kommunikációs szempont másik kiterjesztése az, hogy a személyközi kommunikáció jelenségeinek lokális, rendszeren belüli értelmezésén túl következetesen hozzákapcsolom a tágabb társadalmi implikációkat, például a *legitimáció* tekintetében. A terápiás csoport elemzése éppen azért is jó modellje ennek a megközelítésnek, mert a rendszerszemléletű csoportdinamikai elméletek tételszerűen tartalmazzák a rendszerek közötti analógiás folyamatokat, megfeleltetéseket (Agazarian, 1997). A rendszerszintek összekapcsolhatóságához a kommunikáció alapú kiterjesztést kapcsolom.

A pszichiátriai kezelés (szűkebben a használatos pszichológiai terápiák) központi kérdése a *beteg* és a *betegség* viszonya, melyhez a *kezelő* kapcsolódik harmadik tényezőként. Ez a hármas világosan mutatja a triádikus kommunikatív ágens-konstellációt, különböző leképeződései pedig a beteg/betegség dimenzióban a szenvedésnyomás és a betegségtudat; a beteg/kezelő dimenzióban a potenciális tér és a keret; a kezelő/betegség vonatkozásban a diagnózis, a tudományos kutatás és a hallgatólagos tudás. Ezeket a jelenségeket kommunikatív környezetként értelmezem. A kezelő-mint-ágens a dolgozatban több formában is jelölve van, a jelölések eltérései az eltérő hangsúlyú ágensfunkciókra utalnak. A címbeli szakember esetén a szakértői funkció hangsúlyos; a kezelő/terapeuta szinonimák, a terápiás kommunikáció konstituensei (további hasonló, de kompetenciák mentén szűkített szerepek jelölései a pszichiáter, az orvos, a nővér); a csoportvezető a csoportnak mint kollektív ágensnek a részeként jelenik meg.

A pszichiátriai betegség *problémaként* való felfogása közvetlenül összekapcsolja a terápiás folyamatot a kommunikáció elmélet participációs modelljével. Azt igyekszem igazolni, hogy a terápiás csoport hozza létre/teszi lehetővé azt a komplexitást, amelyben ez a hármasság integrált módon funkcionál, az egyes dimenziók nem szeparálódnak és a pszichiátriai betegségnek mint problémának a tematizációja lehetővé válik. A terápiás csoport kommunikációja révén létrejövő többletfelkészültség olyan kölcsönös tudás, amely által a

terápiás csoport egyszerre nyújt lehetőséget a *személyközi kommunikáció* szintjén a konkrét beteg/ágens pszichiátriai betegségének mint problémának a megoldására és a *társadalmi kommunikáció* szintjén a betegségnek mint problémának a tematizációjára, továbbá a kezelésnek/csoportnak/intézménynek a társadalmi legitimációjára.

1.A PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉG MINT PROBLÉMA

A csoportkultúra, a csoport lokalitása és a társadalmi kontextus kölcsönhatásainak a részjelenségei közé tartozik a pszichiátriai betegség tematizálása, illetve annak a módja, ahogyan a pszichiátriai betegség körüli kommunikációs zavart a rendszerek szereplői kezelik. E szereplők közül első megközelítésben a páciens és a kezelő szerepeket jelölöm meg. *Páciens* az, akinek az életében problémaként jelentkezik a betegség, ennek megoldása céljából segítséget kér vagy kérhet, és részben ebből következően, akihez a kezelő vagy saját maga pszichiátriai betegséget rendel. *Kezelő* az, aki szakértőként segítségadásban kompetens és a pácienshez ennek vonatkozásában viszonyul. A betegség eltérő tartalommal jelent problémát a páciens és a kezelő számára. A páciens számára a *szenvedésses* (beteg) és *szenvedés nélküli* (nem beteg) állapot, a kezelő számára a *még nem értelmezett* és *értelmezett* állapot közötti eltérés konstituálja a problémát. Páciens és kezelő ágensek, számos különböző színtérhez kötötten problémakezelésbe bonyolódnak.¹ Ezeket a társas helyzeteket a kezelési kontextusban a *terápiás kerettel* jellemezhetjük: a keret határozza meg az ágensek közös perspektíváját, viszonyrendszerét és normáit, továbbá azt, amilyen módon a pszichiátriai betegség tematizálódik.

1.1.A páciens perspektívája

A pszichiátriai betegség részben mint körülírt kategória határozható meg (betegség), részben pedig mint élmény, a szubjektum számára adottá, elérhetővé váló tapasztalat (megbetegedés, beteglét, betegségállapot). A pszichiátriai betegség a páciens perspektívájában elsősorban az utóbbi módon jelentkezik, élményként bír relevanciával, azaz *megbetegedésként* mutatkozik és ragadható meg. A megbetegedés a páciens *sajátvilágának* és a *betegségnek az illeszkedése* a gond, a tünet és a panasz illesztékein keresztül.

A participációs elmélet szerint a sajátvilág az ágens konstituense, az ágensnek az a része, amely belülről nézve látható. Ami ebben az intern perspektívából feltáruuló sajátvilágban megjelenik, az a páciens saját élménye/tapasztalata önmagával vagy a világgal kapcsolatban (Horányi, 2009). Betegség esetén megváltozik az a mód, ahogyan saját magát illetve a világot

¹Habár egyez számú a szerepek megjelölése, az esetek jórésében több páciensről és több kezelőről van szó, ők különböző társas csoportok tagjaiként vesznek részt a kommunikációban.

érzékel/megéli/értelmezi és a megváltozás jellege olyan, hogy általa felmerül a szokványostól/normálistól/egészségestől való eltérés.

A pszichiátriai betegség a páciens sajátvilágához a gond, a panasz és a tünet útján illeszkedik. Gond, panasz és tünet eltérését intencionalitásuk különbözőségében jelölöm meg. A *gond* a három kategória közül leginkább integráns része az páciens-mint-ágens sajátvilágának, *immanens*. A tünet és a panasz eltérő intencionalitásúak: a *tünet* diszpozicionálisan a betegség társas konstrukciója felé mutató jel illetve attitűd, a *panasz* a kezelő illetve a társas környezet felé irányuló kommunikátum. A tünet diszpozicionális jellege miatt beszélhetünk *betegségtünet*ről is, amikor ez a diszpozíció megszűnik. Azért gondként jelölöm a beteg sajátos élményét, mivel a panasz megjelölés már tartalmazza a *panaszkodás* aktusára utalást, azaz *intencionális* jellege, irányultsága direkt módon az orvosi vagy családi környezethez kapcsolja a panaszkodót: panaszkodni valakinek. Ez azt is jelenti, hogy a panasz egy propozicionális attitűd tartalma, predikátuma, míg a gondnak nincs ilyen jellege. A panasz megjelölés elfedné azt a lényeges momentumot, hogy itt² nem feltétlenül van jelen betegség. A tünet is intencionális jellegű, hiszen utal a betegségre, azzal ugyanakkor diszpozicionálisan van összekapcsolva, azaz megengedi azt az esetet is, hogy olyasminek a tünete, amely nem kategorizálódik betegségként, azaz nem áll betegség a háttérben.

A gond és a probléma kapcsolódása panasz illetve tünet útján jön létre. A probléma tekintetében lehet a tünet maga a probléma, a tünet magában is konstituálhatja a problémát, de lehet a probléma a tünet által előre jelzett, még nem minősített, de diszpozícióban megjelenő betegség is, amikor a betegség konstituálja a problémát. A panaszt explicit kommunikatív aktus, a panaszkodás tartalmának/üzenetének tekinthetjük: a panasz olyan tünet, amely a kezelő vagy a családtag számára explicitté van téve a páciens aktív vagy passzív közreműködése által. Még egyszer: a panaszt kifejező közlés predikátuma maga a panasz.

A magyar köznyelvi jelentések³ és a kategóriák értelmezései között ellentmondást találunk. A tünet fogalma implikálja azt, hogy egy ágens, többnyire a kezelő a tünetet *valaminek a*

² a kezelő és páciens kommunikációjának színterén

³ "**gond** *fn*: 1. Nyugtalanító, nehezen megoldható kérdéssel való foglalkozás, az ezzel járó lelkiállapot. Szj: (*leg*)*kisebb ~ja is nagyobb annál* (*hogy...*): ezzel törődik a legkevésbé. | Ilyent okozó dolog. *Anyagi ~ok*: pénz v. más a.javak hiánya. 2. Gondosság. 3. <Kif.-ekben:> vki-ről, vmiről való gondoskodás. *~ja van, ~ot fordít v. visel vkire, vmire: ~ját viseli vkinek, vminek; ~jaiba fogad, vesz vkit.* [?]" (Juhász, Szőke, O.Nagy, Kovalovszky 1978,467.)

"**panasz** *fn*: Kellemetlenség, fájdalom, sérelem elmondása. | *Orvos* A beteg által észlelt tünet(ek). *Mi a ~a?* | *Jog* Sérelem hiv.bejelentése jogi orvoslát végett. | *Panaszirat*. 2. Vki-vel, vmivel való elégedetlenség kifejezése. *~om van rá, ellene.* [szláv]" (Juhász, Szőke, O.Nagy, Kovalovszky 1978,1079.)

tüneteként azonosítja, s az a valami lehet a betegség. A tünet az értelmezés révén válik tünetté. Azaz a tünettől kapcsolatos kommunikáció ágense kell, hogy legyen a kezelő, nélküle nem beszélhetünk tünettől.⁴ A panasz esetén – amelyet tehát kommunikatív aktus részeként definiálunk – nincs konstitutív szerepe a kezelőnek. Annak ellenére, hogy a panaszkodás aktusában a panasz mint predikátum szerepel, maga a panasz, mint elsődleges jelenség, még a páciens-mint-ágens sajátvilágának a része lehet. Habár intencionális jellege van és valakinek szól, a panasz akkor is panasz, ha nincs jelen a kezelő az értelmező aktivitásával. Ekkor azonban gondként jelöljük.

A tünet az üvegpothár törékenységéhez hasonlóan *diszpozicionális* jelenség: akkor nyilvánul meg, ha betegség tüneteként értelmezetté válik, ha beteg lesz valaki. Nyelvileg is kifejezhető a különbség: a "melege van" és "láz" eltérésében az előbbi diszpozícióként tartalmazza azt a lehetőséget, azt az értelmezést, hogy láz okozza azt az érzést, hogy melege van; a láz megjelölés már egyértelműen betegség tüneteként értelmezett, nem diszpozicionális jellegű.

A tünet diszpozicionális jellege miatt beszélhetünk tehát *betegsége tünettől* is, amikor ez a diszpozíció megszűnik. Olyan eset is előállhat, amikor a tünet mögött álló, annak okaként is értelmezhető dolog, gond létrehoz egy jelenséget, de az nem értelmeződik betegsége tünettől. Ezt esetenként "látens", "larvált" jelzővel látják el. Más esetekben, amikor nem manifesztálódik az ismert tünet betegségeként, "hordozó" megjelölést kap a páciens. Élesen eltér viszont ettől az úgynevezett "tünehordozó" vagy "indexpaciens" szerep illetve ágensfunkció, amelyet a rendszerszemléletű családterápia koncipiál: a családorvos mint kollektív ágens szintjén feltételezhetően, de nem kimutatott módon jelenlévő patológia/betegség tünete az egyedi családtagban mutatkozik meg, azaz individuális ágenshez kötötten jelenik meg. Szűkebb értelemben véve tünettől kommunikációról beszélünk akkor, amikor a tünet panaszként viselkedik: mintha közölné a páciens a tünett, mintha kommunikálna vele, kommunikálná azt, akár csak a panaszt.

A tünet jelként is leírható (Morris, 2004). Ennek a viszonyoknak a logikai szerkezetét elemezve az összetevőit eszerint kategorizálhatjuk: a *tünettől*, a tünettől által diszpozicionálisan jelölt *betegség* mint absztrakció, mint elkülönült, akár transzcendens pozícióban lévő entitás és a *betegségtudat*, ami szorosabban a páciens élményéhez kapcsolódik és annak a tünettől a

"**tünettől** *fn*: 1. Folyamat, állapot, jelenség külső jele. *A válság ~e. Orvos* Betegség észlelhető jele. 2. *elav irod* Tünettől, jelenség." (Juhász, Szőke, O.Nagy, Kovalovszky 1978, 1417.)

⁴ Ha kezelői részvétel nélkül is, azaz más szerepet betöltő, külső ágens által létrejön a tünettől való értelmezés, stigmáról van szó.

betegségeként való értelmezését tartalmazza. Eszerint ennek a kategóriának a [tünet] a reprezentánsa, a |betegség| az extenziója, extenzionális interpretációja⁵; a {betegségtudat} az intenziója, intenzionális interpretációja. Logikailag összeállítható azoknak a perspektíváknak a viszonya, amelyek révén a tünet kategóriája elemezhető: a tünet a gondon keresztül a páciens sajátvilágához kapcsolódik szorosabban, a betegség az kezelőhöz⁶, míg a betegségtudat a problémához. Ebben a szerkezetben a gond és a panasz is elhelyezhető: a gond helyét a páciens-mint-agens sajátvilágához tartozóként definiáltam, eszerint a gond a tünetnek mint jelnek a {betegségtudat} intenzionális oldalához köthető. A panasz explicit kommunikációs jellege alapján közvetlenül kapcsolódik a jelként felfogott [tünet] reprezentánshoz, amennyiben a panaszkodás aktusára vonatkoztatjuk, másrészt a panasz mint predikátum lehet a tünet mint jel |betegség| extenziójával azonosítható, ahhoz szorosan kapcsolható.

A tünet önmagában, a páciens perspektívájában a jelen dolgozat keretei között értelmezetten immanens, azaz nincs kifelé mutató része: ebben a tekintetben a tünet intenziója a gondnak felel meg. A kifelé, az extern perspektívában való megjelenést a betegség hozzákapcsolódása, tehát a *szignifikáció* (Horányi, 2007) maga hozza létre. Ennek a létrejövő komplexnek, a szignifikatívnak a jellege többféle lehet, az egyik, a páciens-mint-agens szubjektumához legközelebb álló *szignifikatív* a megbetegedés, ennek két konstituense a betegség és a betegségtünet. A tünet révén az ágens helyzete *komplexebb* a tünet nélküli állapothoz képest.

A tünet alapesetben *szignifikáns*. A bárányhimlős gyerek bőrén megjelenő kiütés szignifikálja a bárányhimlőt mint betegséget – ekkor a tünet maga után vonja a betegség mint szignifikátum létét, s ezt a szignifikációt konstatálja a kezelő-mint-agens. Hasonlóan, de *nem megegyező* módon a pszichés tünetek is lehetnek *szimptomatikus szignifikáció* konstituensei. Ez megfelel például az úgynevezett blikkdiagnózis jelenségének, amikor a diagnoszta egy tünetből, egy beteg "összeállításából" közvetlenül következtet betegségre. A konstruktivista betegségfelfogás alapján más a helyzet: "nem felfedezzük, hogy egy állapot vagy gondolkodásmód betegség-e, hanem elhatározzuk, hogy azt betegségnek fogjuk tartani." (Kovács, 2006, 16.). Eszerint a betegségnek minősítés *szimbolikus szignifikáció* során jön létre. A szimbolikus szignifikáció konstitutív alapja az, hogy a háttérben betegséget tételez fel, ami a tünetet *okozza*.

⁵Ez a perspektíva nem feltétlenül létezik, helyette állhat a szokványostól eltérő, szokatlan, más, abnormális jegy is; ha ezek közül a propozicionális attitűdök közül egyik sem társítható a tünethez, akkor nem releváns tárgyunk szempontjából.

⁶Orvoshoz, szakértőhöz, amelyek transzcendens pozícióban vannak.

A tünet lehet *szignifikátum*ként is a szignifikáció konstituense. Ilyen eset az, amikor tipikus gyógyszerelés utal arra, hogy milyen betegség és milyen tünet áll fenn, ekkor a gyógyszer mint szignifikáns szerepel: például "konstás" beteg, ahol a Risperdal® Consta® nevű injekciós készítménnyel kezelt beteg esetében a "konstás" megjelölés annak a jele, hogy létezik egy tünet és egy betegség, amit ezzel kezelnek. Lehet szignifikátum a tünet stigmatizáció részjelenségeként is, amikor a stigma nem a betegségre magára, hanem a betegség tünetére vonatkozóan rögzül, pl. "zavartság" tünetet a "nyílt osztályon nem tartható" szignifikánssal jelölik meg, mely lényegében stigma.

A betegségnek a páciens sajátvilágába való illeszkedésének egyik módja a narratív értelmezés. „A sors fogalma arra az elképzelésre épül, hogy az élettörténet mint önazonosság hordozója zárt egész; a »sorsesemény« kifejezés viszont olyan történéseket jelöl, amelyek hatására az önazonosság mint az élettörténet foglalata meghasad és felnyílik." (Tengelyi, 1998, 43.) A betegség ebben az értelmezésben sorseseménynek tekinthető. A pszichodinamikus pszichoterápia szerint az én élettörténeti reprezentáció, a terápia arra fókuszál, hogy a betegséget mint narratívát beillessze a páciens élettörténetébe, azon belül újraértelmezze, a gyógyulást pedig éppen ennek az elbeszélésnek, a rekonstruált narratívának a mentén képzele el (Péley, 2002). A betegség története, a 'körtörténet' beépül a személyiségfejlődés folyamatába, a narratív identitás részét képezi. A krízis paradigma is hasonló felfogással írja le a krízis folyamatát (Kézdi, Gál, Szabó, 1990).

Az illeszkedés más módja jelenik meg a determinizmus ideológiájában, a genetikában, a transzgenerációs trauma modelljében (Erdélyi, 2004), a családállítás modelljében (Albert-Lőrincz, 2009), a predesztináció, az előre elrendezettség, eleve elrendeltség jegyeiben. Eszerint úgy illeszkedik a betegség az életesemények sorába, a sajátvilágba, hogy az, ami rejtett volt, a tünetben szimptomatikusan megmutatkozik, akár a természeti törvények következményei a természeti jelenségekben. Ezekben az esetekben nincsen szükség szimbolikus szignifikációra.

A megbetegedés lehet ugyanakkor sorscsapás is, 'Isten keze', a 'végzet'. Ekkor a tünet a transzcendens megmutatkozása, azaz *osztentatív* vagy *szakrális* szignifikáció eleme. Ez a viszony analóg a tudományosság gondolkodási modelljével: nemcsak abban a szimbolikus értelemben, ahogyan szent betegség az epilepszia, azaz az epilepsziás rosszulléte a szent betegség ikonikus jele (*morbis sacer*), hanem ahogyan az őstermészet megmutatkozása, az evolúció, mint transzcendens pozíciójú törvény és törvényszerű folyamat megvalósulása, esete az adott betegség. A tünet lehet továbbá *pszichikus* szignifikáció része például a

pszichodinamikus pszichiátriai felfogásban, ahol a rejtett esemény megmutatkozása a betegség tünet.

A *betegségtudat* és *szenvedés(nyomás)* két különböző értelmezési/megélési módja ugyanannak a dolognak/gondnak, amely a tünethez tartozik: a betegségtudat a medikális megfelelője annak az élménynek, aminek az antropológiai megfelelője a szenvedés(nyomás). A betegségtudat a kezelőn keresztül a betegséghez mint absztrakcióhoz kapcsolja a tünet élményét, a szenvedés(nyomás) az általános emberi szenvedéshez, embervoltunk mélyrétegéhez kapcsolja a tünetet. Az utóbbi fogalomban a "nyomás" megjelölés arra utal, hogy terápiás kontextusban a szenvedés kezelési motivációt is létrehozhat. Ha a szenvedés nyomása nagyobb, akkor nagyobb eséllyel lép terápiába a páciens, szemben azzal, amikor kisebb, csökkenő a szenvedés nyomása, ezáltal kisebb a kezelési motiváció.

1.1.1.A betegség problémaként való azonosítása

A betegség problémaként való felismerésének alapja a gondnak tünetként való azonosítása, azaz összekapcsolása. Ebben a szimptomatikus szignifikációban összekapcsolódik a gond és a tünet, ahol a tünet a gondnak a jele. A szignifikáció révén a gond a probléma részeként jelenik meg. A gondnak problémaként való azonosítását követi az a lépés, amikor a problémát betegségként ismeri fel az ágens. Ennek a felismerésnek az alapját a gond és tünet összekapcsoltsága adja.

A participációs modellben a probléma a jelen (valamely alkalommal) adott/*való*/érezkelt és az ugyanakkor *kívánatos* helyzet/állapot *kritikust* meghaladó *különbsége* (Horányi, 2007). A "való" és "kívánatos" további pontosításra szorul a tünet fényében aszerint, hogy valóhoz képest a kívánatos múltbeli vagy jövőbeli helyzetre/állapotra utal. Ha jelen és múltbeli helyzet különbségéről lenne szó, akkor logikai hiba látszana ebben, hiszen alapesetben a múltbeli, (betegség)tünetek nélküli, szenvedés nélküli állapot és a jelen betegsége tünettel jellemzett állapot közötti eltérés definitíve nem lehet a probléma. Erre a logikai hibára vezet vissza az a gyakori vágyfantázia, hogy a betegség gyógyulása révén a beteg állapota olyan legyen, mint "azelőtt". Ha jelen és jövőbeli helyzetként értjük a problémában megjelenő különbség két végpontját, akkor az alábbi eseteket különböztethetjük meg:

- Ha a problémát a *beteg állapot* és a *gyógyult állapot* közötti különbségként definiáljuk, akkor a priori adottnak kell tekintsük a kommunikáció számára a betegséget és ehhez kötöten a

gyógyultságot. Ez jelentősen beszűkíti, behatárolja a páciens-mint-agens mozgásterét, hiszen azt sugallja, hogy betegség nélkül nem beszélhetünk problémáról. Ez a lényegi eleme a kérdésnek: a szenvedés önmagában, betegség nélkül is konstituálja a betegség körüli kommunikációt, hiszen, ha nem így lenne, az behatárolná annak a konfliktusnak a kiterjedését, ami a kezelő és a páciens között a betegségbelátás körül szükségszerűen létrejön, de amely életszerűen nyitott. Nem dönthető el előre, mi lesz az "alku" (Bálint, 1990) eredménye. Eszerint a probléma a *szenvedéses* és a *szenvedés nélküli* állapotok mint esetek különbsége lehet.

- Ha a vágyott, jövőbeli állapot és a jelen beteg állapot eltérése a probléma, az azt jelenti, hogy nem a betegség maga, hanem az a jellemző a gond, hogy a vágyott állapotot, annak elérését a betegség megakadályozza, lehetetlenné teszi. Logikailag feloldható eszerint is az ellentmondás: a probléma a hiányban ragadható meg, ez annak a *felkészültségnek a hiánya*, hogy az ágens nem képes a betegség okozta korlátozottságtól, szenvedéstől megszabadulni, vagyis a saját gyógyulási kapacitás hiánya, a saját betegségnélküli állapotnak az elérésére alkalmas felkészültség hiánya.

Abból a körülményből, hogy a környezetnek és az ágensnek a változása is lehet a a problémát meghatározó különbség forrása, adódik egy megkülönböztetés. A betegség vagy olyan módon forrása a beteg problémájának, hogy sajátmaga változik meg, azaz olyan gondja/panasza/tünete lesz, ami korábban nem volt illetve olyan gondja/panasza/tünete válik elérhetővé a számára, ami korábban nem volt elérhető; vagy pedig olyan módon forrása a betegség a beteg problémájának, hogy a környezetben megjelenik az a vélekedés, attitűd, miszerint a betegség fennáll az ő esetében, illetve elérhetővé válik a környezetében az a felkészültség, amely alapján a betegség konklúziója, vélekedése felmerül, megalapozódik és a páciens számára ennek a vélekedésnek a megjelenése, mint változás adja a probléma forrását. Röviden: a páciens beteg lesz vagy pedig betegnek tartják. Az előbbi eset az, amivel szorosabban foglalkozunk, az utóbbi eset pedig analóg azzal a problémaidentifikációval, amely a kezelő részéről lehetséges, akinek a számára a tünetek értelmezéséhez kapcsolódik a probléma.

A participációs modellben a *különbség* "azt jelenti, hogy a két állapot az ágens számára különbözőként *kategorizálódik* (ami itt egyaránt jelentheti az ágens kategoriális identifikálásainak különbségét, ha például *valaki úgy érzi, hogy melege van*, illetőleg az ágens számára adott kategoriális identifikációk különbségeit, amikor például *valamely gyermek viselkedését szülői kifogás éri*)." (Horányi, 2009, 203.)

A probléma lényege tehát a különbözőként való kategorizálódás az ágens számára. Horányi zárójeles megjegyzése alapján meg kell különböztetnünk a két esetet, az ágens kategoriális identifikálásainak különbségét, mint a probléma forrását illetve az ágens számára adott kategoriális identifikációk különbségeit. Az első tipikusan az az eset, amikor a páciens betegségtudatának meglétéről vagy hiányáról beszélhetünk és a betegségélmény relevanciával bír. A második eset viszont tipikusan a betegnek minősítés lépéséhez kapcsolható: a kezelő a páciens állapotát kifogásolja, azaz betegnek tartja.

A problémát konstituáló különbség *kritikus* jellege hiányzó betegségtudat esetén nagy hangsúlyt kap. A hiányzó betegségtudat azt implicálja, hogy nem éri el a kritikus különbséget a beteg és nem beteg állapot közti eltérés a páciens számára, a betegséget nem látja problémának, az esetet nem identifikálja problémaként. Előfordulhat viszont, hogy azt már problémának tekinti, hogy a környezete betegnek tartja, ez a más perspektívából észlelt kritikus különbség eléri a küszöbértéket és problémaeliminációra sarkallja a páciens is: ekkor hiányzó betegségtudatról, de meglévő betegségbelátásról beszélhetünk. Ez a distinkció azonban eltér a manapság szokványosan használt fogalomértelmezésektől (Basil, 2005, Amador, 2010). Ugyanakkor feltétlenül két eltérő perspektíváról is szó van: a betegségtudat esetén a páciens egyedi perspektívájáról van szó, a betegségbelátás esetén viszont a perspektívához kapcsolódik a környezeti perspektíva is, ami felveti annak lehetőségét, hogy közös perspektíva is felvehető. A gyógyulási folyamatban is létezik a kettősség: a különbség kritikus alá csökkenése adódhat a tünetek változásából és adódhat a betegnek minősítés levételéből, átértelmezéséből. A kritikus különbség jelentőségére jó példa lehet egy családterápiás modell, az úgynevezett *nem probléma probléma* („No-Problem Problem”) (Eastwood, 1987). Itt a család mint kollektív ágens tekinthet úgy az említett különbségre, hogy az nem éri el a küszöbértéket.

1.1.2.Felkészültség - A betegség privát jellege

A betegséghez, betegszerephez való viszony az elérhetőség fogalmán keresztül megragadható: lényege extern perspektívából az ágens egyfajta attitűdjének megléte. A páciens felkészültségének alapvető összetevője a *hozzáférsés* a betegség szubjektív oldalához, melynek két összetevője a gond és a tünet. A gond immanens jellege folytán a betegség, amelynek a lényegi összetevőjét jelenti, privát. A gond a betegség privát része, olyannyira, hogy esetenként a páciens számára sem érhető el közvetlenül, csak például pszichoterápiás értelmezés során nyert belátás révén.

A gondhoz/tünethez való hozzáférés, a gond/tünet elérhetősége közvetlenül csupán a páciens-mint-ágens számára lehetséges, hiszen a szubjektum része, a szubjektív megélés teszi explicitté a páciens számára, a páciens-mint-ágens sajátvilágának részeként tárul fel (sajátvilág-töredék). Ilyen tekintetben a betegség-tünet nem különbözik a hétköznapi, tünetként nem értelmezhető élményektől/tapasztalatoktól. A pszichiátriai betegség sajátos hozzáférést tesz lehetővé a páciens számára. Antropológiailag értelmezhető, humán élménykvalitás ez, melynek részei az emberi psziché szélső állapota, a pszichózis továbbá az az evolúciós előny, amely ebben megmutatkozik (Dubrovsky, 2002). Ha (betegség)tünet, akkor az valaminek a tünete, nem csak úgy van benne a világban, hanem a betegséghez van kapcsolva *diszpozicionális attitűd* révén. Amikor a tünetnek mint felkészültségnek az elérhetőségéről van szó, akkor a tünetnek mint élménynek a hozzáférhetőségéről/eléréséről is és a diszpozicionális attitűdnek az elérhetőségéről is szó van egyszerre.

A felkészültség része a *kategorizálásra* való képesség: az ágens a gondot/tünetet vagy betegség részjelenségeként kategorizálja és a gondot tünettel azonosítja vagy pedig nem. Ebben a vonatkozásban két attitűdöt érdemes elkülönítenünk: betegségtudat és betegségbelátás. A probléma immanens jellegéből adódik, hogy elkülönítjük a problémás helyzetnek egy olyan részét, amely az ágens számára közvetlenül, a helyzet részeként jelenik meg, ehhez kapcsolódik a '*betegségtudat*' és a *szenvedés élménye*; míg a '*betegségbelátás*' a helyzetnek ahhoz a részéhez kapcsolódik, ami nem immanens, hanem a pácienshez képest transzcendált. A betegségbelátás akkor rendelkezik relevanciával, ha már betegségről és kezeléstről lehet szó. A betegségtudat az immanens oldalával (gond), a betegségbelátás a külső oldalával köti össze a tünetet. Betegségbelátás és betegségtudat sajátos attitűdök, ahol az attitűd tárgyak, a páciens felkészültsége részeként eltérőek. A betegségbelátás esetén a páciens attitűdje a külső értelmezésre vonatkozik, arra, hogy a kívülről (szakértő vagy laikus környezet által) felajánlott értelmezést a tünetet illetően elfogadja vagy nem: előbbi esetben van betegségbelátása, utóbbi esetben hiányzik. A betegségtudat olyan attitűd, amelynél nem szerepel a külső értelmezés mint konstituens elem, az attitűd tárgya közvetlenül a gond, és az attitűd a gondra vonatkozóan a betegséget kapcsolja hozzá: a gond betegséget jelent. Ha az ágens rendelkezik betegségbelátással, az az output kapacitásban reaktív jelleget határoz meg. A betegségbelátás *reaktív* output kapacitást határoz meg, a betegségtudat *proaktív*. A páciens meglévő/kialakult betegségtudat esetén proaktív módon szándékkal bír a változtatásra és a gyógyulásra, hiányzó betegségtudat esetén ez a proaktív jelleg hiányzik.

Logikai szerkezetét tekintve lényeges a kategorizálás által implikált propozíció igazságértéke is. Ha az ágens a gondot/tünetet betegség részjelenségeként kategorizálja, de a tünetet kifejező propozíciónak az igazságértéke nulla, akkor *fokozott* betegségtudatról, képzelt betegségről, hypochondriáról, aggravációról, szimulációról stb. beszélhetünk. Ha a propozíció igazságértéke 1, akkor *adekvát* a betegségtudat. Ha a páciens a tünetet nem betegség részeként kategorizálja, tehát a tünet nem jelent problémát, és az ezt kifejező propozíció igazságértéke 0, akkor *hiányzó* betegségtudatról beszélünk; ha pedig ekkor a propozíció igazságértéke 1, akkor hétköznapi élménykvalitásként értelmezett a tünet. Az *igazságérték* összekapcsolja a páciens felkészültségét a kezelő felkészültségével, hiszen a betegség létezését a kezelő állapítja meg, a környezet felé ő legitimálja. A betegségbelátás esetén nincs relevanciája az előző igazságértéknek, mivel a betegségbelátás attitűdje a kezelő által ajánlott értelmezést a priori adekvátként tartalmazza. Az az eset, amikor az adott értelmezés nem adekvát, egy olyan legitimációs problémát vet fel, amely túllép az alapeseten, a páciens diszpozíciójának megállapítása a kezelő szakértői kompetenciájához tartozik. A páciensként diszponált ágens eszerint lehet páciens illetve olyan ágens, amelynél a diszpozíció tévesen történt. Gyakori jelenség ez azokban a történetekben, amelyek jogi útra terelődnek.

A páciens felkészültségének része a képesség, a motiváció arra, hogy belépjen a terápiás helyzetbe, vagyis hogy az a számára egyáltalán elérhetővé váljon. Bizonyos képességek is tartoznak ehhez a felkészültséghez, például az önmagába nézésnek, az introspekciónak a képessége vagy a belátási képesség.

1.1.3.A megbetegedés mint kommunikáció

Több olyan szociálpszichiátriai alapú megközelítés ismert, amely betegség és kommunikáció, különösen pszichiátriai betegség és kommunikáció viszonyát tekintve szoros analógiákat, összefüggéseket tételez fel és ír le. A pszichoanalitikus eredetű tüneti kommunikáció, betegségelőny fogalmak, a rendszerszemléletű családterápia betegségfelfogása, a szkizofrén családokban észlelt, a kifejezett érzelem (EE, expressed emotion) kategóriájával jellemzett kommunikációs mintázat; a szociálpszichológiai betegszerep ismert példái ennek. Első közelítésben mondhatjuk, hogy hasonló folyamatokként képzelhetjük el a kommunikációba bonyolódás/kihátrálás és a betegségbe bonyolódás/kihátrálás lépéseit.

Ha a pszichiátriai betegség – megbetegedés – önmagában is tekinthető problémakezelésnek, az a kérdés, milyen probléma kezelése a betegség létrejötté: a kommunikáció, a kommunikatívban

való részesedés összefügg azzal, hogy milyen módon kezeli a megbetegedés azt a problémát, milyen többletfelkészültség az, ami elérhető a betegség által. Például a pszichoanalitikus paradigma úgynevezett kompromisszum képződményként jelöli azt a mozzanatot, amikor a rejtett, tudattalan konfliktus nem oldódik meg, nem kerül teljes elfojtásra, hanem betegségként jelentkezik (Ferenczi, 2004). Az eredeti konfliktus megoldása a megbetegedés: itt a betegség tünet által az a többletfelkészültség jelenik meg a rendszerben, amely által egyensúlyba kerül, az elfogadhatatlan készletet keltette feszültség kanalizálódik. A betegség tünet által lesz elérhető ez a többletfelkészültség, továbbá a betegség tünet által jön létre a megváltozott kommunikáció. Megváltozik a szignifikációk jellege is: szimptomatikus szignifikáció helyébe szimbolikus szignifikáció lép: míg például neurológiai alapú bénulás szokványosan közvetlenül utal egy agyi folyamatra, annak a megmutatkozása, és a beteg és az orvos konstatálja azt, addig a hisztériás tünetként a bénulás definitíve megjeleníti a tudattalan konfliktust, a környezetre vonatkozó tiltott készletre utal közvetlenül, ami konstituált abban az értelemben, hogy a pszichés konstelláció új jelentést kapcsol a jelenséghez. Ez a leírás példa arra is, hogy a megbetegedés által a családi környezet ágenseivel kerül kommunikatív viszonyba a páciens. Azaz a betegségbe bonyolódás/megbetegedés nem csupán az individuális páciens által átélt/vitt folyamat, hanem kollektív ágens szintjén is értelmezhető, értelmezendő. Ennek a vonatkozásnak nagy jelentősége van a terápiás csoport alapműködése szempontjából.

A betegségbe bonyolódás ugyanakkor a medikális személyzet, a kezelő felől is releváns, részjelenségei például a betegség bejósolása, a predispozíció megítélése, a premorbid személyiség leírása. Krónikus betegségek esetén, amilyen a pszichiátriai betegségek jelentős része, a beteg szerep felvételének, rögzülésének és a személyes identitásnak szoros összefüggése látható, például rokkantság, státuszvesztés jön létre. Ezekben az esetekben voltaképpen a szociális állammal kerül kommunikatív viszonyba a páciens. Másfelől a szociális szerepfelvelek illeszkedése az identitáshoz lényegében olyan szerepkonstrukciókat implicál, amelyeknek a tartalmát a kultúrába ágyazottságuk határozza meg.

1.1.4.A család mint a páciens perspektíva megjelenítője

A család olyan színtér, amely a páciens perspektívájának közvetlenül megjelenítője. A tünethordozó szerep leírásánál már felmerült a családtag és a páciens sajátos viszonyának jelentősége, a családi rendszer zavarának egyéni manifesztációjaként értelmeződött. Kézdi szerint "a manifest beteg valamilyen rejtett, tudattalan szerepet hordoz, melynek az a funkciója, hogy olyan interakciós teret biztosítson a családban, amely a többi családtag számára

lehetővé teszi a belső feszültségek levezetését és a saját pszichopatológia kiélését." (Kézdi, 1989, 203.)

Szkizofrének családjára jellemző továbbá, hogy az "interperszonális dinamika alapvető meghatározója az «egészséges» és «beteg» attribútumok kölcsönös nyilvánítása, megfigyelése, értékelése, ez az általános szerepviselkedést mélyen befolyásolja." (Kézdi, 1989, 201.) Kézdi modelljében a család komplexitásában az egészség és betegség kategóriái sajátos mintázatot hoznak létre: a szkizofréniára specifikus, a viselkedésben és a kommunikációban megnyilvánuló olyan attribútumokká válnak, amelyek révén, az "egészségért folytatott küzdelemben" élesen tagolttá válik a család, a standard szerepek módosulnak. Itt a fókusz nem a betegszereppel kapcsolatos attitűdökön van (betegszerep felvétel vagy elutasítás, betegségbelátás, stb.), hanem a családi standard szerepek megváltozásán, az ágens pozíciók hangsúlyainak módosulásán. A generálódó intrafamiliaris feszültség megoldásának két markánsan eltérő strukturális mintáját és dinamikáját Kézdi a morfostatikus családközpontú és a morfogenetikus kórházközpontú családtípusokban írta le.

1.2.A kezelői perspektíva

A betegség a kezelő számára három módon/formában érhető el:

absztrakt/transzcendens szinten olyan módon találkozik a betegséggel, amelyet a szakmai szocializáció meghatároz, ekkor a szakmai/társadalmi kommunikáció részjelensége a betegséggel mint problémával való találkozás; *egyedi* szinten, az egyedi páciens-kezelő interakció keretében a személyközi kommunikáció részjelensége; míg a *saját megbetegedés* tételezése mintegy összekapcsolja az első két szintet.

1.2.1. A betegség mint társadalmi konstrukció

A betegségfogalom értékfüggő, implicit értékvonatkozást tartalmaz. Egy tünet illetve maladaptív viselkedés/tulajdonság/élmény betegségnek minősítése összefügg azzal a társadalmi *értékrenddel, normával*, amely arra a viselkedésre vonatkozóan orientál, például háborúban a pilóta félelme a bevetéstől (Kovács, 2006). Ebben az esetben a betegnek minősítő ágensen keresztül érvényesül a norma, azaz az ő attitűdjét befolyásolja az, hogy milyen észlelt normát kapcsol az adott tünethez. Ez a szociálpszichológiában azonosított *előhangolás* (Kunda, 1999) jelensége, amelyre tudatosan épít például az orvosképzés: szakmai szocializáció keretében kialakított előhangoltság által a leendő orvos váljon képessé felismerni azt, hogy az adott

viselkedés egy tünet és hogy egy betegség a referense/szignifikátuma. Alapvető kérdés az előhangoltságnak a társadalmi realitásba való lehorgonyozottsága. A hírhedt politikai pszichiátria például megteremti a betegeit, s az orvosok azonosulnak a normákkal, szakmai szabályokká transzformálva azokat (Kovács, 2006). Mindez nem politikai berendezkedés kérdése, hasonló folyamat látható a DSM rendszerrel kapcsolatban. Valójában az értékmozzanat általánosítható, lényegében hasonló a politikai vagy az úgynevezett tudományos, azaz a biológiai pszichiátriai/gyógyszeripari/neuroscience lobbihatás: az egyedi ágens szintjén hasonló mechanizmussal befolyásolja a kommunikáció szignifikációs alapját, éntávoli, társadalmiasított, személytelen hatások érvényesülnek.

E jelenségekből is adódik, hogy elkülönül/elkülönítendő az egyedi ágens szintje és a betegségkategória megalkotására, legitimálására alkalmas szint, és ezáltal világosabban látható, hogy az egyedi szintnek is van legitimációs funkciója. A betegségkategória és az egyedi páciens összekapcsolódása az páciens-mint-agens sajátvilága körében történik. Ebben a dolgozatban a pszichiátriai betegség (érték)tartalmáról nem foglalkozom állást: azzal foglalkozom, *hogyan szerveződik a betegség körüli diskurzus, ebben a hogyanban milyen módon mutatkozik a kezelés mint kommunikáció.* A betegség körüli diskurzus része a beteggé válásnak és a kezelési kommunikációnak egyaránt. A bizonytalan tartalmú, konstruált betegségfogalomhoz természetes módon kapcsolódik a bizonytalanság által generált diskurzus, olyankor generálódik kommunikációs zavar, ha a diskurzusnak nincsenek meg a társadalmi feltételei. A lokalitás szintjén is beszélhetünk ennek a feltételeiről. Lokális szintér ehhez a diskurzushoz a csoport, globális társadalmi szintér a szakmai nyilvánosság, a páciensi közösség és szervezete és a média. A terápiás csoport normaképzése tartalmazza a betegség megítéléséhez releváns tartalmakat, amelyek komplexitásában megfelelnek a társadalmi normaképzésnek. Közvetlen reflexióra ad lehetőséget a csoport, szemben a társadalmi normákkal, ahol reflexió csupán a normasértések esetén van.

A betegnek minősítéssel ellentétes folyamat a *disszimuláció* esetén látható: a már beteg státuszba helyezett ágens igyekszik a gyógyultság látszatát kelteni. Ugyancsak azért lehet ennek adott esetben esélye akkor is, ha tényleges gyógyulás még nem történt meg, mivel a betegség/gyógyultság ugyanabban a dimenzióban, ugyanazon a szignifikációs alapon ítéltető meg.

A szociális konstruktivista megközelítést Walker (2006) pszichiátriai rehabilitáció felépülési modellje vonatkozásában elemzi. Eszerint a személyközi nyelvi kommunikációban, amelyben

páciens és kezelő ágensekként vesznek részt, folyamatosan konstruálódik az a realitás, amely a betegségnek és kezelésnek az értelmezését lehetővé teszi.

"Amikor úgy beszélünk, mintha valakinek diagnózisa vagy »lelki betegsége« lenne, akaratlanul is létrehozunk egy valóságot – egy valóságot, amelyben az emberi lények átalakultak a »lelki betegséggé«. Amikor olyan szavakat használunk, mint »elmebetegség«, »szkizofrénia«, »tünetek«, »érintőleges beszéd«, »klinikai ez vagy az«, »kezelési terv«, »becslés« – akaratlanul létrehozunk a teljes kontextust, a hierarchikus és paternalisztikus szerepviszonyt, együtt a patologizáló és hiányalapú perspektívák ragadós ingoványával. Jill Freedman és Gene Combs írják: »A beszéd nem lehet neutrális vagy passzív. Minden alkalommal, amikor beszélünk, létrehozunk egy valóságot. Minden alkalommal, amikor szavakat osztunk meg, legitimáljuk azokat a megkülönböztetéseket, amelyeket azok a szavak létrehoznak (1996,29.).«⁷

A betegség körüli egyedi kommunikációhoz képest a priori adott kontextus részei a diagnózis, a BNO/DSM klasszifikáció, a pszichopatológia, a genetika. A diagnosztikai rendszer adja azt az intézményi kódot, ami alapján a betegség diagnosztizálása körüli szignifikációk konstitutív alapja meghatározott/létrejön. Ez adja a kezelő felkészültségének *referenciáját*. Másfelől a priori adott a betegséggel kapcsolatos laikus hiedelemrendszer, társadalmi előítélet, sztereotípiák által alkotott kód, amely a laikus páciens felkészültségének referenciáját adja.

A közösen általuk létrehozott kód részei:

- páciens és kezelő összekapcsoltsága az interakció keretében;
- páciens és betegség összekapcsoltsága a szenvedés és a betegségtudat mentén;
- a kezelő és a betegség összekapcsoltsága a medikális kultúra mentén.

Utóbbinak sajátos esete a gyógyszerkommunikáció, amelyben a gyógyszer révén befolyásolt kommunikáció a feed-back.

1.2.2.A diagnózis mint szimbolikus szignifikatív

A diagnózisalkotás *szimbolikus szignifikáció*, amelyben a diagnózisnak (szignifikáns) és a konkrét betegnek (szignifikátum) az összekapcsolása történik. Szimbolikus a szignifikáció, jellegzetes konstitúció történik, diagnózis és ezen keresztül a betegség illetve a beteg összekapcsolása újként jelenik meg a világban. Ki ennek a szimbolikus szignifikációnak az

⁷ Az idézetben belül idézet forrása: Freedman, J., Combs, G. (1996). Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities. New York: Norton.

ágense? A kompetenciával rendelkező orvos is lehet és a laikus beteg is lehet. A kezelő és a páciens közötti kommunikációban a zavar egyik forrása éppen az lehet, hogy eltérő kódok alapján jön létre a páciens-mint-ágens és a kezelő-mint-ágens által a szimbolikus szignifikáció. Tehát alapesetben két külön szignifikációról van szó. A pszichiátriai betegség a konstitutív alap, két oldala a betegség mint társadalmi konstrukció és a betegség mint szubjektív szenvedés forrása, magyarázata. Kezelő és páciens mint kommunikáló individuális ágensek ezekkel a kisebb-nagyobb mértékben eltérő szignifikációkkal bonyolódnak a betegség körüli kommunikációba.

1.2.3. A betegségélmény a kezelői perspektívában. A betegség problémaként való felismerése

A betegség/megbetegedés ebben a perspektívában mint a *szubjektív szenvedés oka*/magyarázata jelenik meg. A szubjektív szenvedésben a páciens-mint-ágens sajátvilága tárul fel, az oki összefüggésként/magyarázatként való interpretáció során a páciens-mint-ágens aktorként mutatkozik a környezete felé. Bálint Mihály (1990) *Az orvos, a betege és a betegség* című művében részleteiben elemzi azt az alkufolyamatot, amely részben az eltérő szignifikációkból, részben a betegség két eltérő oldalából kiindulva az ágensek között létrejön.

A pszichiátriai betegséget *kommunikációs zavar* következményének és egyben forrásának is tekintem. Azzal, hogy a betegség milyen módon lehet következménye kommunikációs zavarként értelmezhető jelenségeknek szűkebben a *pszichiátria részdiszciplinái* foglalkoznak (pszichopatológia, pszichodinamika, szociálpszichiátria, stb.). Az ezekben való tájékozottság a kezelő felkészültségének szükségszerű, a páciens felkészültségének pedig lehetséges részét képezi. A kezelő tájékozottságának forrásai részben intézményesek (szakmai szocializáció, képzés), részben a páciensekkel való személyes interakciókban jönnek létre (kezelési tapasztalat). A sajátos pszichiátriai kezelésnek számító pszichoterápia tanulása során úgynevezett sajátélményű terápiaiban vesznek részt a terapeuta jelöltek és ismert jelenség az önkísérelt is a gyógyszerkutatás hőskorából. A páciens tájékozottsága részben szintén intézményes forrásból (iskola, pszichoedukáció), részben a saját és a természetes segítői közeg aktivitásából ered (öngyógyítás, önszorgító csoportok, közösségi site-ok).

A pszichiátriai betegség körüli kommunikációs zavarnak a legfontosabb *forrása* az a fenomenológiai és ismeretelméleti megközelítésben megragadható különbség, amely a páciens belső élménye és a kezelő külső megítélése között van. A páciens számára a tünet nem csupán

jel, kívülről betegségként is felismerhető, értelmezhető szimptóma, hanem egyúttal olyan személyes élmény is, amelyhez kizárólag neki van közvetlen hozzáférése. Ehhez az élményvilághoz, sajátvilághoz, amelynek további konstituensei – mint láttuk – a betegségtudat és a szenvedésnyomás, a kezelő szerepe és pozíciója szerint csupán közvetetten férhet hozzá. A páciens számára néhány körülírt kivétellel potenciálisan elérhetők azok a felkészültségek, amelyek a kezelő számára adottak, legalábbis kategoriálisan adottak a páciens számára, ha faktuálisan nem is elérhetőek. Ezzel szemben a fordított viszonylatban ez nem áll fenn, lényegi a különbség: a kezelő számára kategoriálisan nem elérhető közvetlenül a beteg élménye, ezáltal a probléma immanens része. *A betegségélmény mint szignifikáció logikailag privát.* Ez a hozzáférésebeli különbség számos különböző módon válik kommunikációs zavar forrásává aszerint, hogy a betegség milyen módon problematizálódik, személyes életprobléma és betegség viszonyának mi a tartalma, a betegnek minősítés milyen szintereken jön létre. A pszichiátriai betegség problémaként való felismerése tekintetében tehát az egyik legfontosabb különbség páciens és kezelő pozíciójában az elérhetőség: kizárólag *a páciens számára hozzáférhető közvetlenül a gond, a betegség tünete illetve a betegségélmény (szenvedés).* A kezelő számára csupán a páciensen keresztül érhető el az a felkészültség, tudáskészlet, amely a betegség szubjektív oldalára vonatkozik.

1.3.Közös perspektíva

Az ágens nyitottsága, szabadsága a problémaidentifikálásra a felkészültség része, amely akkor van meg, ha elérhető a szintéren (Horányi, 2009). A kezelő számára akkor hozzáférhető a betegség mint probléma, ha az adekvát szintéren (kivizsgálás, diagnózisalkotás, kezelés) a pácienshez kapcsolódik. A páciens teszi hozzáférhetővé a számára azokat az adatokat, amelyek által a problémaidentifikációra felkészültségre tehet szert. Valójában ez már többletfelkészültség egy másik kommunikációs helyzet felől nézve.

Érdemesnek látszik a páciens és a kezelőt nem csupán individuális ágensekként leírni, hanem kollektív ágensként is szemlélni a páciens-kezelő párost, amely kollektív ágens számára a kettejük interakciója révén elérhetővé válik a betegség mint probléma. Ez a kollektív ágens többféle szintéren mutatkozhat, kiemelem a következőket: gyógyszeres kezelés (nem reflektív, főként biológiai pszichiátriai kezelési helyzet), intézményi pszichiátriai kezelés, pszichoterápiás helyzet, terápiás csoport. Ezen a négy szintéren a kollektív ágensekhez eltérő felkészültségek tartoznak, azaz eltérő az a többletfelkészültség, amelyre szert tehet a kollektív ágens az azt alkotó individuális ágensek kommunikációja által.

A hozzáférésebeli eltérést továbbgondolva világos, hogy típusos zavar fakad abból, hogy a pszichiátriai betegség mint probléma *eltérő perspektívában* jelenik meg a páciens és a kezelő számára a kezelési helyzetben mint szintéren. A kezelés során ideális esetben közös perspektíva felvételére válnak képessé az ágensek. Ehhez a terápiás csoport kedvező feltételeket teremt.

A pszichiátriai kezelés kiindulási alapja a páciens problémája, ennek az életproblémának a megoldására irányul a terápiás kommunikáció. A terápiát mint kommunikatív viszonyt tehát alapesetben a páciens problémája konstituálja: azáltal jön létre a kezelési helyzet, hogy a páciens a problémát felmutatja, prezentálja a kezelőnek. Az alapesettől eltér az a – többnyire nem önkéntes részvételen alapuló – változat, amikor a problémát nem a páciens maga prezentálja, hanem a környezet ágensei. Minél több ágensen keresztül kerül a páciens probléma a kezelő horizontjára, annál komplexebbnek mutatkozik a probléma. Aszerint, hogy mely ágens prezentálja a problémát, különbözőképpen kategorizálhatjuk az eseteket. A családtag/hozzátartozó, a szomszéd, a barát, a háziorvos, a kényszerintézkedésről döntő beutaló orvos, az igazságügyi szakértő, a közösségi gondozó, az intézkedő rendőr eltérő ágenciája eltérő módokon képes felmutatni a problémát. Eszerint a probléma megjelenhet családi konfliktus, szomszédsági perlekedés, kapcsolati zavar, orvosi eset, jogalkalmazási eset, szociális feladat, rendészeti ügy képében egyaránt. Sok esetben ez a kép nagyon távol esik a páciens saját problémájától, ellent is mondhat neki. Ezekben az esetekben nem csupán a kezelő és a páciens között jön létre kommunikációs zavar, hanem a páciens és a többi ágens között is.

Lehet a probléma betegségként, tünetként, kapcsolati zavarként vagy valamilyen hiányként is leírható. A probléma felismerésében a páciens felől segítséget nyújt a szenvedésnyomás, ami a terápiába viszi, továbbá a diagnózis, amire a terápiás helyzetben juthatnak a felek, elsősorban a kezelő, rajta keresztül a páciens illetve kezelési helyzeten kívül öndiagnózisként a páciens.

A páciens a kezelés során közvetlenül megtapasztalja a probléma felismerését és megoldását. A megoldásra, változásra törekvés is része a helyzetnek, ide tartozik a terápiás keret, ami megadja azt a kódot, aminek mentén létrejöhet, megtörténhet, értelmessé válhat a kommunikáció és a terápiás változás.

A terápiás helyzet másik alapvető összetevője a *terapeuta problémája*. A terápiás helyzetben ez elsősorban a páciensnek valamilyen gondjából fakadó probléma, tehát mintegy a páciens hozza létre a terapeuta gondját is, még ha például viszontáttételi reakció útján is. További esetek a

terapeuta konténer funkciója vagy a terápiás keret mentén a páciensnek a megtartása, holdingja. Ezek a jelenségek a terapeuta felől mind problémaként jelentkeznek, de a forrásuk, központi magjuk a páciens. A kezelő saját problémájának ugyanakkor csak részben forrása a páciens problémája: az értelmező aktivitás tárgya a páciens probléma, viszont az a differencia, ami a kezelő problémáját konstituálja (a kívánt és a tényleges állapot különbsége), nem a páciens kétféle állapota (pl. beteg és javult), hanem a még *nem értelmezett* és az *értelmezett állapot* különbsége. Míg a páciens problémája a páciens sajátvilágával köti össze a kezelési helyzetet és a kezelőt, addig a kezelő problémája a szakmai szerepével és a szakmai közeggel köti össze a kezelést az értelmezés révén. A páciens problémájához, amivel a terápiába lép, a kezelő részéről tehát e probléma *értelmezése* kapcsolódik. Ez az értelmező aktivitás – diagnosztika, kezelési terv, keret, terápiás szövetség, stb. – kapcsolja a páciens problémáját a kezelési gyakorlathoz és annak intézményi struktúrájához. Ennek az értelmező, becsatornázó aktivitásnak a módja az, ami a terapeuta problémájaként definiálható: hogyan kösse a pszichiátriai tudást az egyedi páciens problémához. Esetenként nagyon eltérő típusú probléma a páciens és kezelő felől. A kezelő problémakezelésének közvetlen tapasztalata ugyanakkor a páciens részéről legitimáció forrása. A kezelőhöz hasonlóan a páciens felől is kapcsolódik értelmezés a betegséghez, ennek az értelmezésnek a részei többek között a betegségtudat, a betegségbelátás, a laikus diagnózis. A kezelő és a páciens interakciójának, lehetséges integrációjuknak meghatározó jellemzője ennek a két értelmezési módnak a viszonya, megfelelősége, ellentéte.

A kezelő problémája a kezelési helyzethez kapcsolódik, de nem a pácienshez kötött, hanem attól némileg független, az, ami a kezelő sajátjaként mutatkozik. Két meghatározó eleme az intézményi kód és a kezelő személyisége. A kezelő résztvesz a páciens problémájának kezelésében, s ezzel együtt saját problémáját is kezeli.

A terapeuta felőli felkészültségi feltételek több tényezőtől adódnak a terápiás kommunikációban. Szükséges, hogy a terapeuta releváns felkészültséggel rendelkezzen a páciens problémáját illetően, hiszen olyan beteget jó esetben nem kezd el kezelni, akiről úgy gondolja, hogy nem tudja, mert nem képes rá, vagy esetleg nincs kedve hozzá. A felkészültség része egyfajta segítői attitűd a páciens irányában, de ezen túlmenően a terapeuta mozgástere behatárolt jogilag is, terápiás eszköztárát tekintve is. Miután a terápia gyakorlata van a középpontban, a felkészültség elsősorban hogyan jellegű tudásokból kell, hogy álljon.

1.3.1.A betegség rekonstrukciója - A betegség nyilvános jellege

A páciens és a kezelő problémakezelésének összehasonlítására alkalmas a participátor és spektátor ágensfunkciók megkülönböztetése (Horányi, 2009) . A betegséghez kapcsolódó gond megélése, észlelése, esetleg saját kapacitáson belüli megoldása, a tünet jelenségének saját észlelése és kategorizálása, a panasz által a kezelőnek való felmutatása a páciens betegsége vonatkozó problémakezelésének részei. Ebben az értelemben a páciens participátor. Ehhez viszonyítva a kezelő spektátor, aki megfigyelője a páciens problémakezelésének és a betegségnek, illetve beszámol róla. Ez a beszámolás egy más perspektívájú problémakezelés a kezelő felől. "Más módon bonyolódik bele a kezelendő problémába a participátor mint a spektátor." (Horányi, 2009, 205.) Az *elkötelezettség* terminus különösen jól adja vissza ezt az eltérést: ha a páciens elköteleződik a betegség mellett, akkor van betegségtudata, a betegség kapcsán a problémakezelés melletti elköteleződés pedig az orvosi hivatás része.

A pszichiátriai betegség *rekonstruálódik* a közös perspektívában. Részletesen elemzett és a terápiás gyakorlati tapasztalat részét képezi az a pszichoanalitikus/pszichoterápiás gondolat, hogy a páciens tünetével és belső lelki konfliktusával összefüggő eredeti személyközi-kapcsolati konfiguráció (indulatáttétel/viszontindulatáttétel) a pszichanalitikus/pszichoterápiás folyamat során megjelenik a páciens és a kezelő (pszichoanalitikus/pszichoterapeuta) között (Thomä, Kächele, 1987). Sőt a kezelés lényege ennek az újonnan létrejött mintázatnak a felismerése, értelmezése, hiszen ennek a felismerésnek és értelmezésnek a következtében változik a jelenidejű mintázat és ezáltal az eredeti konfiguráció átértelmeződik, a belső lelki konfliktus és a tünet oldódik. Ebben a példában a páciens és kezelő közös perspektívájában az úgynevezett kapcsolati dinamika többretegű többletfelkészültséget tesz elérhetővé: a jelenidejű áttételi mintázat; a múltbeli, eredeti kapcsolati mintázat; a lelki konfliktus és tünet kapcsolata. Az első réteg csupán közös perspektívában érhető el. Ez a pszichoanalitikus tapasztalat csak körülírt feltételek között jöhet létre, ugyanakkor maga a kontextus, tehát az a gondolat, hogy a kezelő-páciens kommunikáció a pszichiátriai betegséget rekonstruálja és ez kezelési hatótényezőként szerepel, általánosítható. A terápiás kapcsolat és kommunikáció rekonstruálja és reprezentálja a pszichiátriai betegséget és ez a rekonstrukció egyben reparációt/terápiát is lehetővé tesz.

A közös perspektíva sajátos példája a Ludwig Binswanger svájci pszichiáter által leírt – elmeógyógyintézeti körülmények között is létrejövő – egzisztenciális találkozás páciens és orvos között (Lanzoni, 2004). Az egzisztenciális kommunikáció bázisán a Binswanger által alkalmazott kezelések esetenkénti erőszakosságuk ellenére hatékonyak voltak, ugyanakkor

feloldatlan maradt az ellentmondás aközött, hogy az orvos autoriter szerepvállalás mellett a páciens individuális szabadságának megőrzésére törekedett. A kollégájával Medard Boss-szal kifejlesztett terápiás etika az analitikus autoritását és a páciens szabadságát egyaránt nyomatékosította. A páciensnek tekintélytiszteletet kellett tanulnia, amelyet részben az elmeegógyintézeti lét kötöttségeihez való illeszkedés segített elő, részben az, hogy Binswanger az indulatáttételt egzisztenciális módon fogta fel, "az autoritásnak való behódolásként a megújult függetlenség felfedezésének folyamatában" (Lanzoni, 2004, 297.). 1935-ös eseténél nem jut el a Ferenczi Sándor (1932) által leírt kölcsönös analízis pozíciójáig, amely feloldja az orvos-páciens eredeti hierarchiáját, de az 50-es években már a terápiás kapcsolatot partnerségként, szabad embereknek a létezés mélységeiben megvalósuló találkozásaként értelmezi.

"Kezdetleges volta ellenére Binswanger korai munkája az egzisztenciális találkozással klinikai modellt kínált a páciensekkel való direkter kapcsolat esetére és hatással volt az egzisztenciális pszichiátriára. Fontos észrevennünk ugyanakkor, hogy ez (a modell) egy elmeegógyintézeti kontextusban bontakozott ki, ahol a kezelési döntések összekapcsolódtak a közösségi (communal setting) rend fenntartásával és ugyanakkor komplex testi, érzelmi és pszichológiai tünetekre irányultak. Binswanger elmeegógyintézeti orvosi pozíciója így hozzájárult ahhoz, hogy arra fókuszáljon, hogy a páciensekkel alapvető pozitív kapcsolata legyen, amely biztosítja a kezelések széles választékának a hatásosságát, beleértve néhány erőteljes (forceful, erőszakos) és ellentmondást nem tűrő fajtát is." (Lanzoni, 2004, 298.o.)

Analóg jelenségeket találunk a pszichoanalitikus eszmekörön túl is. A medicina pszichoszomatikus szemléletében ismert jelenség a fehérvérnyomás hipertónia, amikor az orvosi vizsgálati helyzet provokálja a tünetet. Sokat vizsgált és értelmezett jelenség a placebo-effektus, amelyben az orvosi/természetgyógyászati kezelési helyzet társas tényezője önálló terápiás hatótényezőként szerepel (Kulcsár, 1998). Ezek a jelenségek kizárólag a közös perspektívában jelennek meg, ebben értelmezhetők.

A betegség rekonstrukciója megtörténik a pszichiátriai osztály színterén is: az, hogy milyen kezelési struktúra épül fel, megmutatja a betegségről alkotott képet és meghatározza a betegség rekonstrukciójának módját. A pszichiátriai osztály a betegséget nyilvánosként kezeli a színterén belül, ez része a későbbiekben leírt totális kontrollnak. Ugyanakkor az intézményi kód leírásából kiderül, hogy nemcsak a pszichiátriai osztályos intézményi kód esetén, de a pszichoterápia társadalmi intézménye esetén is érvényes az a priori jelleg. Tehát a

pszichoterápia sem privát a kommunikáció perspektívájában, hiszen az előzetesen adott intézményi kód nyilvános.

1.3.2.A diagnózis mint többletfelkészültség

A diagnózisalkotás tanulási folyamat, tartalmazza azt az esetet, amikor az absztrakt betegségkategóriát a diagnózis alkotója összekapcsolja az általa egyedileg, az egyedi páciens-mint-ágensnél észlelt tünetekkel, információkkal. Minden ilyen eset része annak a folyamatnak, amelyben a kezelő az adott diagnózis illeszkedésének feltételeit tanulja, egyedi esetek illeszkedése és össze nem illése adja a tapasztalatot, hozzáértést. A folyamat egyrészt finomítja azt a képet, amely a kezelőben a diagnózisról kialakult, másrészt finomítja azt a módot, ahogyan az összeillesztést a kezelő képes elvégezni.

A diagnózis tartalmazza azt a tudáskészletet, amelyet az egyedi diagnózisalkotáshoz képest a priori módon létrehozott a pszichiátriai szaktudomány. Ez a tudáskészlet a kezelő számára azáltal válik elérhetővé, hogy az egyedi diagnózisban felhasználja a páciens tüneteinek leírásához. Amíg a diagnózis csupán tankönyvi leírások formájában adott a kezelő számára, addig az nem lehet "élő", azaz nincs beágyazva a realitásba, nincs lehorgonyozva, csupán absztrakció. A kezelő szocializációjának része az, hogy a diagnózisok közül egyre többen képesek létezőként felfogni. Ehhez az érvényessé tételhez az egyedi pácienssel való találkozás, interakció, az egyedi diagnózis segíti hozzá. A diagnózis *relevanciája* azáltal jön létre, hogy a kezelő a pácienssel interakcióba kerül. Minden egyedi diagnózisalkotás egyben ennek a relevancia-képzési, lehorgonyozási folyamatnak is a részét képezi.

Ha nem volnának diagnózisok, akkor a kezelőnek minden alkalommal egyedi tüneti leírásra volna csak módja, az általánosításra nem. A diagnózis tehát tágítja a kezelő mozgásterét. Fontos látni ugyanakkor, hogy a diagnózis sok esetben szűkíti is a diagnózisalkotó mozgásterét, hiszen a diagnózishoz ragaszkodva kevésbé képes a páciens egyedi leírására. Az erre a korlátra való rálátás is része annak a felkészültségnek, amivel a kezelő kell, hogy rendelkezzen.

A pácienssel való kapcsolódás relevancia-képző hatása nemcsak a diagnózis tekintetében érvényesül, hanem a kezelő felkészültségét illetően is. Az, hogy a kezelő felkészültsége releváns-e, tehát, hogy a problémafelismerés és eliminálás szempontjából szükséges-e, megfelelő-e, azt a páciens által lehet megállapítani. Itt részben arra a triviális tényre érdemes gondolni, hogy a belgyógyász csak elvétve kezel betegeket pszichiátriai betegség miatt, azaz a

belgyógyászati felkészültség alapesetben nem releváns a pszichiátriai betegség mint probléma esetén. De másról is szó van: a páciens részvétel által az absztrakció megtestesül, konkretizálódik, megszemélyesítődik, s ez a tényező nyilván befolyásolja a diagnózisalkotás aktusát. A páciens nemcsak azért kell a diagnózishoz, mert beteg nélkül nincs betegség, hanem azért is, mert *beteg nélkül nincs orvos*: azaz a páciens konstituálja azt a helyzetet, amiben a kezelő kezelő lehet.

A diagnózisalkotás ágensek részvételével és kapcsolódó szintéren történő kommunikáció. (aktus/állapot) a személyközi kommunikáció és kultúrák közti/társadalmi kommunikáció keretében is értelmezhető. A diagnózis felállítása előtti és az azt követő állapot különbsége oldódik fel a problémakezelés révén. Az ágensek alapesetben közvetlen, személyközi kommunikatív viszonyban vannak, speciális példa a telemedicina, amely a dolgozat szempontjából nem releváns. Az ágensek típusai legalább kétfélek: páciens (laikus) az, aki a diagnózist kapja és kezelő (szakértő) az, aki a diagnózist adja, az ágenseknek eltérő a diagnózishoz való referenciális kapcsolódásának irányultsága. Szemiotikai értelemben a kezelő az értelmező, a diagnózis a referens, a páciens a tárgy. A kezelő olyan típusú kompetenciával rendelkezik a diagnózis adásának vonatkozásában, amilyennel a páciens nem rendelkezik. Sőt minél több diagnózist adott a kezelő, annál nagyobb ez a kompetencia. Sok esetben a páciensnél fordított a reláció: minél több diagnózist kapott, azaz minél régebben beteg, esetleg annál kevésbé rendelkezhet érvényes kompetenciával például stigmatizáltság, gondnokság alá helyezett státusz miatt.

A diagnózisalkotásnak egy lépése a szűkebb *diagnózisadás*, mely aktus jellegű, megkülönböztetve a *diagnózisalkotástól* mint participációtól, ebben az utóbbi esetben a kommunikatív viszony szélesebb viszonyrendszert feltételez. A páciens-mint-ágens a tüneteit, gondját felmutatja a kezelő-mint-ágens számára, világos szerepmegosztásuk a prezentáló és a spektátor. A kivizsgálásnak nevezett szintéren a kezelő olyan információkat is nyerhet, amelyeket a páciens nem képes tudatosan prezentálni, azaz minden bizonnyal a szimptomatikus szignifikációkon túl szimbolikus szignifikációk is létrejönnek. A kezelői konstitúció egyik eleme lesz a diagnózis. A diagnózis létrejöttével a szerepek az ágensek között átalakulnak, esetenként felcserélődnek: a kezelő prezentálja a diagnózist, a páciens spektátorként észleli, értelmezi azt. Ez a diagnózis körüli kommunikáció, alkufolyamat (Bálint, 1990) bizonyos egyensúlyi állapot körül képzelhető el, mely a kiinduló szerepeket mint konstitutív elemeket adottnak tekinti.

Példa

A kezelési helyzetek gyakran olyanok, hogy a kezelő rá is van szorítva a diagnózisadás rövidre zárt módjára. Az osztályos finanszírozás alapjául szolgáló HBCS besorolás elkészítése kimondottan ilyen aktus, ahol a páciensnek lényegében nincs mozgástere, sőt a kezelőnek is korlátozott, hiszen finanszírozási szempontokat nagyobb hangsúllyal kell figyelembe vennie. Kedvező ebből a szempontból az a megoldás, amikor ezt a diagnózisadást más személy végzi, azaz különválnak a két funkció.

A diagnózisalkotás és diagnózisadás megkülönböztetése lehetséges a szignifikáns konstrukciója mentén is. A diagnózisadásra érvényes az a PTC-ben rögzített összefüggés, hogy a szignifikáns megkonstruálása egyúttal a konstitúciós aktus megtörténtét is jelenti (Horányi, 2009). A diagnózisalkotást úgy érdemes szemlélnünk, hogy abban a szignifikáns konstrukciója csupán egy ajánlatra vonatkozik, ami aztán kommunikációs folyamat, egyeztetés tárgya lehet kezelő és páciens között, s végül az a konstitúció, amely a diagnózis és a tünetek összekapcsolása, a kollektív ágens aktusa lesz. Felvethető, hogy a páciens és kezelő kollektív ágensben való integrációjának kiemelt lépése ez az aktus.

A diagnózist adó ágens, a kezelő a szignifikáció során a diagnózishoz rendeli a páciens az alapján a megfelelés alapján, amely a tünetekből kimutatható. A kezelő szocializációja (például az orvosképzés) során számtalan diagnózist sajátít el, amelyek elérhetők a számára, ott vannak a fejében, s amikor dolgozik, ezek a diagnózisok a betegek hozzárendelődése által kapnak értelmet. A diagnózisalkotás során a "beteg" alatt a páciens által prezentált és a kezelő által spektált tünetekből összeálló szimbolikus konstruktumot értjük, s ez mint szignifikátum lesz összekapcsolva a diagnózissal mint szignifikánssal. A szokványos leírás ugyanakkor inkább az ellentétes kategorizációt sugallja, tehát hogy a kezelő a diagnózist mint szignifikátumot ragasztja rá a betegséget hordozó betegre mint szignifikánusra.

Az életszerű helyzetekben a két ágenstípuson kívül számos egyéb ágens is részt vehet a kommunikációban: családtag, kezelő felettese, kezelő kollégája, jogvédő, stb. Az ő részvételük különböző módokon hatással van a diagnózisalkotásra mint színtérre. Két fontos változatot emelek ki: az öndiagnózist és a kényszert. *Öndiagnózis* esetén a páciens saját magát diagnosztizálja, tehát a két, korábban elkülönített ágensfunkciót egy személyben látja el, a laikus és a szakértői funkció egybeolvad. A kifejezésben a "diagnózis" megtévesztő lehet, nem minden esetben kapcsolódik betegségtudat az ágens oldalán. Az öndiagnózis esetén nem beszélhetünk kommunikációról, ez sokkal inkább egy attitűd, előhangoltság, amelyet aztán a

páciens átvihet az alapértelmezett diagnózisalkotásra, amelyet az öndiagnózis mélyrehatóan befolyásol. A leggyakoribb konfliktushelyzet a – főként sürgősségi – pszichiátriai diagnózisalkotás körében az, amikor az öndiagnózis (laikus diagnózis, vagy annak redukált formája) tartalmában vagy intenciójában ellentétes a kezelő által meghozott (szakértői) diagnózissal. Azaz a páciens nem ért egyet azzal, hogy betegnek tartják vagy másféle betegséget feltételeznek róla. Ez a konstelláció kényszerintézkedéshez vezethet a kezelő részéről vagy a helyzetből való kilépéshez a páciens felől. Mindkét szélső helyzet krízisnek tekinthető, a kommunikációs zavar végletessé válik. A társadalmi nyilvánosságban gyakran ezek az esetek jelennek meg.

A diagnózis körüli kommunikációban résztvevő ágensek gyakran nagyon különböző szociokulturális közeghez tartoznak és a diagnózisalkotás a kizárólagos kommunikációs színtér, amelyben mindannyian részt vesznek. Interakciójuk kultúrák találkozási pontja is, ezt fejezi a transzkulturális pszichiátria mint önálló diszciplína létrejötte. A diagnózis körüli egyeztetési folyamatban saját kultúrájukat képviselik, aszerint járnak el, a folyamat kultúráközi egyeztetés is (Helman 2001). Ezek az értékrendbeli, nyelvhasználati, stb. eltérések, amelyek a kultúráközséget jellemezhetik, befolyásolhatják a diagnózisalkotást mint kommunikációt illetve a létrejövő diagnózis tartalmát is. Ugyanaz a tüneti kép eltérő kulturális közegben eltérő megítélés alá esik, eltérő diagnózist eredményez, akár a páciens és kezelő, akár több páciens egymásközti vagy több kezelő egymásközti különbségeit tekintjük.

Nem csupán az ágensek közötti eltérésekről van itt szó, hanem a színtér többi meghatározó eleméről, azaz arról, milyen ellentmondásokat, ellentéteket tartalmaz a közeg, amelyben a diagnózisalkotás történik. A mai egészségügyben általában, de sajátosan a pszichiátriai ellátásban is jelen vannak olyan kényszerek, amelyek ugyanahhoz az ellátási eseményhez (páciens-kezelő interakcióhoz, diagnózisalkotáshoz) egészen eltérő értelmezést rendelnek. Eltérő kódok tartoznak az egyes területekhez: különbözik egymástól a finanszírozási kód, a szakmai/pszichiátriai kód, a szakmai/gyógyszeripari kód, a pszichoterápiás/rehabilitációs kód, a kórházi kód, a közösségi ellátási kód, a szociális kód, betegképviselési kód és nem utolsósorban a laikus kód. Ezek a kódok eltérő mértékben részei a diagnózisalkotás színtérének, sok esetben hozzájárulnak a kommunikációs zavarhoz, amely a helyzetben létrejön. Az ágensek eltérő kapacitással képesek ezeket a kódokat dekódolni illetve alkalmazni, egyeztetni. Előfordulhat, hogy nem is tudatosan használt kódról (nyelvről) van szó, s ez az akadály az egyeztetésnek. Lehetséges ugyanakkor, hogy olyannyira rigid a kód, amely meghatározza a

diagnózisalkotást, hogy az ágensek nem képesek a változtatásra, ilyen rigid kódra utal például a stigmatizáció kategóriája.

Hol történik ezeknek a kódoknak a dekódolása és különösen az általuk érvényesített felkészültségek legitimálása? Első megközelítésben a diagnózisalkotás a betegség lefolyása által teszi legitimé a diagnózist és a mögötte lévő felkészültségeket. Ha a lefolyás illeszkedik a diagnózisnak megfelelő narratívához, akkor érvényes és elfogadott lehet a diagnózis. Ez a kezelői értelmező aktivitás a legitimáció szakmai. A páciens felől a diagnózis legitimációja összetettebb, hiszen befolyásolja a betegségtudat és a betegségbelátás, továbbá maga a kezelés is. Utóbbi szinte szükségszerűen módosítja a diagnózissal kapcsolatos attitűdöt a páciens részéről.

A kötött és szabad intelligibilia kérdése szükségszerűen felmerül a diagnózisalkotás körében. Az esetek egy része olyan, ahol a dologban lévő/kapcsolódó intelligibilia, az ami a dolog lényegét adja kötötten van jelen. Szokványos példa erre az asztal szó, amely egyértelműen jelöl egy tárgyat, amely benne van a világban, s amely nem lehet más, csak az, ami. Az intelligibilia kötött jellegének következménye van, anélkül nem jelenthet mást, például széket az asztal szó, hogy az ne okozzon félreértést, kommunikációs zavart, téves ítéletet, stb. A szignifikáció esetén ettől eltérően a jelölt dologra irányuló *intelligibilia szabad*, azaz sokféle értelmezést megenged. A diagnózis mint dolog ebben az értelemben – ideálisan – szabad intelligibiliával rendelkezik. Kötötté például a stigmatizációból fakadó diagnózisalkotás (vagy inkább diagnózisadás) teszi, amikor a stigma és a kapcsolódó önstigmatizáció révén mind a kezelő mind a páciens felől kötötté válik a jelentés. A stigma létrejötte strukturálisan kötött intelligibiliát eredményez. A szakmai protokollok könnyebben bánnak olyan diagnózisokkal, ahol a kötöttség jellemző, míg például a pszichoterápiás esettanulmányok illetve esetmegbeszélő csoportok kifejezetten szabad értelmezésekkel dolgoznak még a diagnózisalkotás szintjén is.

Érdekes analógiát jelent ebből a szempontból, ha a diagnózist az irodalmi alkotásokhoz hasonlóan fikciónak tekintjük. A nozológiai kategóriákat ebben az analógiában a nyelvnek mint kódoknak a pozíciójába helyezhetjük, a szerzői ágensfunkciót viszont mind a pácienshez mind a kezelőhöz rendelhetjük, hiszen a viszony a diagnózis, a betegség és a betegséglélmény között több konstellációt is megenged. Az is ennek a fikcionális jellegnek a létjogosultsága mellett szól, hogy gyakran nincs egyértelmű orvosi diagnózis, vagy azért mert a betegség jellegénél fogva nem lehetséges vagy mert a kezelési kontextus nem engedi meg a szakmailag teljesen körülírt diagnózist. Tágabb mozgástér áll rendelkezésre az úgynevezett rehabilitációs diagnózis

esetén, ahol a hiányokkal szemben a megtartott képességek adják a meghatározó részét a diagnózisnak, s ezeknek a megtartott kapacitásoknak a felmérése sokkal több szubjektív, kreatív elemet feltételez, mint a hiányok, eltérések, patológiák orvosi szemléletű megítélése. Az úgynevezett pszichoterápiás/pszichodinamikai diagnózis esetében még tágabb ez a mozgástér, amikor nem feltétlenül a betegség adott betegre érvényes tüneti és oki leírását tartalmazza a diagnózis, sokkal inkább a személyes/kapcsolati momentumokat. Azért érdemes a fikció felől rátekinteni erre az esetre, mivel a kezelő számára elég nagy mozgásteret enged a diagnózisalkotás színtere, a szubjektív és gyakran a fantáziára hagyatkozó leírás érdemi, konstitutív részét képezi a helyzetnek. Amikor pszichoterápiás esetleírásokat olvasunk, azok gyakran irodalmi szintű leírások, nyelvezetükben, stílusukban is és funkciójukban is: valamit felmutatni abból a páciens sajátvilágból, ami nehezen hozzáférhető, de mégis meghatározó része a diagnózisnak.

A pszichiátriában általában, de különösen a pszichoterápiás/szociálpszichiátriai szemléletű munkában elengedhetetlen, hogy a szabad intelligibilia lehetősége rendelkezésre álljon. A kötött oldalt az igazságügyi elmeorvos-szakértői működésmód és funkció jeleníti meg, amely a pszichiátriai aktivitásokat, például a diagnózisalkotást a jogalkalmazáshoz, azaz egy másik társadalmi területhez kapcsolja. Ehhez a kapcsolódáshoz egyértelmű jelentések, egyértelmű összefüggések szükségesek. Hasonló kötöttséget tapasztalunk a jelentésekben a biológiai pszichiátria működési elveiben, ahol a tudományosság, a pozitivista paradigma módszertana meghatározó, s ezeket hatékonyan képesek is alkalmazni a szakemberek a páciensek megítéléséhez. A pszichiátriai gyakorlat szélsőpontja, a kényszerintézkedés is olyan eset, amikor szükséges a jelentések kötöttsége. Sokszor látjuk ugyanakkor, hogy ezekben az esetekben sem teljesen kötött a jelentés. A mozgástér által megengedett felkészültség ilyenkor átkerül a döntést hozó pszichiátertől azokhoz a résztvevő ágensekhez, akik nincsenek döntési pozícióban, de a helyzet értelmezésében alapvető a szerepük. A kényszerintézkedés alapjául szolgáló viselkedést sokszor nem közvetlenül észleli az orvos, hanem heteroanamnesisből, orvoskolléga vagy nővér információja alapján vagy magától a betegről nyer adatot. Az ő interpretációjuk szintén sok szubjektív elemet, azaz szabadságot tartalmaz.

Azokat az eseteket, színtereket, amelyekben nincs semmilyen mozgástér az értelmezésben, a dolgozatban direkt megvalósulásnak hívom. Ez a megjelölés arra utal, hogy az intelligibilia kötöttsége folytán egyértelmű a dologra adott válasz is, nemcsak az értelmezésben, de a reakcióban sincs mozgástér. Ezzel szembenáll az a színtértípus, amit potenciális térnek hívok,

ezekben az esetekben az értelmezéseknek és a reakcióknak is tág mozgásteret, rugalmassága van jelen.

A diagnózisalkotás az egyik konkrét típusa a pszichiátriai betegség körüli diskurzusnak. A terápiás csoport ennek a diskurzusnak komplex színtere, amely reflektív funkcióval bír.

1.3.3.A kezelési keret

A társas helyzeteket a kezelési kontextusban a terápiás keret *konstituálja*: a keret határozza meg az ágensek közös perspektíváját, viszonyrendszerét és normáit, továbbá azt, amilyen módon a pszichiátriai betegség tematizálódik az adott szintéren. A pszichiátriai kezelési felfogások alaptípusai közül - biológiai, szociálpszichiátriai - az utóbbihoz tartozó társadalmi gyakorlat a pszichoterápia, melyben jellegzetes módon megtalálhatóak azok a tényezők, amelyek a közös perspektíva felvételét leginkább lehetővé teszik az ágensek számára. Minden kezeléshez tartozik keret, de a pszichoterápia esetén a legvilágosabbak és legkövetkezetesebbek a keret jelenségei, ezért a pszichoterápiát tekintem kiindulási alpnak a közös kezelési perspektíva elemzésekor.

A keret formai elemei a terápiás szerződésben rögzített idő- és térbeli paraméterek, a terápia körülményei, s tartalmilag hangsúlyosak a terápiás helyzetet asszisztáló szabályok, mint pl. a titoktartás, a költségviselés, az üléseken kívüli kapcsolattartás szabályai. A keret szabályozza a terápiás helyzetet, annak fenntartását, határokat jelöl ki a kapcsolati mezőben, amelyek között a terápia mozgásteret van. A keret szabályai *konstitutív* és *regulatív* szabályok lehetnek illetve a keret egyes szabályainak van konstitutív oldala és regulatív oldala egyaránt. A keret határai csak részben objektívek, formalizálhatóak, jelentős részben szubjektíve állítódnak be, már a terápiás folyamat során.

A keretre vonatkozóan léteznek explicit szabályok, amelyek normákat fogalmaznak meg a páciens és a terapeuta számára. Gyakran nem egyértelmű azonban, hogy mennyire terjeszthető ki, „mennyit bír el” ez a keret, mennyire rugalmas (Sarkadi, 2010). Minden elképzelhető esetre nem alkotható explicit szabály, de minden előforduló esetben van/lehet egy benyomásunk, hogy az kerettartó vagy keretszegő megnyilvánulás-e. A pszichoterápia működésében a keret alapvető fontosságú, ugyanakkor a páciens és a terapeuta nem erre fókuszál. A keret tartalma, a normák érvényessége egy korrekatív folyamat során állítódik be, melynek része *egy hallgatólagos tudás* (Szívós, 2005), amelyet maguk a résztvevők alakítanak, de csak akkor

fókuszálnak rá, amikor a keret határai veszélybe kerülnek. A pszichoterápiában résztvevő ágensek integrációját a terápiás keret szabályozza és teszi lehetővé, ez hozza létre a terápiás helyzetet (Lőrincz, 2009, Pető, 2009). A kerettartás képessége szocializációs lépések eredménye.

Karl Popper (1998) az ember alkotta dolgok világának autonómiájáról beszél, például amikor az ember feltalálja a természetes számok halmazát, abban szükségszerűen, tehát autonóm törvényszerűségek alapján lesznek prímszámok. Így van ez a terápiás kerettel is. Az ember kitalált egy sajátos helyzetet, amiben az egyik ember segítséget kér és kap a másiktól, akinek ez foglalkozásszerűen a dolga, legyen az sámán, javasasszony vagy terapeuta. Ha már ez a kétszemélyes alakulat létrejött, autonóm módon rendelkezik bizonyos sajátosságokkal, mint pl. a kerettel. Nincs terápia keret nélkül, minthogy a keret által válik megkülönböztethetővé a terápia a nem terápiás funkciójú emberi kapcsolatoktól.

Kiemelendő a terápiás keretnek azon jellegzetessége, hogy a terápia során definiálódik. A keret alakulása hordozza mindazt a jellegzetességet, ami a pszichoterápiás folyamatra általában érvényes. A keret tanulási szinten aszerint alakul, ahogyan a terápiás módszer megkívánja, egyike lesz az önálló jelentéssel bíró entitásoknak, míg kapcsolati szinten komplex hatótényezőként jelenik meg.⁸

Egy másik megközelítésben a terápiának vannak külső keretei, mint a formai tényezők és vannak belső keretei, amelyek a résztvevők reális és imaginárius kapcsolatát szabályozzák. A külső keret ebben az értelemben a biztonságos terápiás tér kialakításában játszik szerepet, tehát jó esetben kellően rigid, míg a belső keret szükségképpen átjárható határokat jelent, hisz az empátiás viszonyulás, az intimitás csak ezáltal válik lehetségessé. A klasszikus pszichoanalitikus felfogás a belső keret vonatkozásában az imaginárius szintet engedte meg a terápia mozgástereként, vagyis a terapeutát virtuálisan jelenlévőként definiálta, s ezáltal vélte elérni a minél hatékonyabb szabad asszociációt. A reális kapcsolati szinthez közelítő áttételi, pláne viszontáttételi jelenségeket kedvezőtlennek találta. A modern analitikus megközelítés mind az imaginárius, mind a reális kapcsolati szinten dolgozik, a terápiás hatékonyság fő elemeként használja, értelmezi az áttételi-vizontáttételi jelenségeket. A *lelkiségély* szolgálat telefonon történő intervencióinak kereteit meghatározza a telefon, az anonimitás, amely formai jegyek egyben tartalmi vonatkozásban is befolyásolják a folyamatot, korlátokat is jelentenek,

⁸E komplexitás átlátszatlanságot jelent, abban az értelemben, ahogyan a konnekcionista hálózati modell átlátszatlan, azaz nincs megragadható, szemantikailag értelmes jelentése, mégis jelen van.

hisz pl. nincs mód szemkontaktusra, szemben a személyes találkozással (Erdős, 2006). Ugyanígy a keret bizonyos elemei önszabályozóak, autonómok.

A terápiás helyzetben a keret tehát definitíve határképző funkcióval bír, abban a kettős értelemben, ahogyan a határ elválaszt és összeköt, ugyanakkor a terápia során alakulva önszabályozó jellegű is. Felvetődik ugyanakkor a kérdés, hogy vajon milyen egységek közötti határt szabályoz a terápiás keret. E komplex funkció számos vonatkozásban megragadható. Magától adódik, hogy a két ember közti határról van szó. Szerep-modellben gondolkodva a terapeuta szerep és a kliens/páciens szerep közti distinkciót, távolságot határozza meg a keret. A klasszikus analitikus felfogás szerint a múltbeli események és a jelen közötti határ kirajzolója. A modern analitikus értelmezés szerint a reális kapcsolati szint és az imaginárius szint közti határ szabályozója. A terápiás elmélet alapján a külső realitás és a belső fantáziák közti határképzés alapja. Összefoglalóan mondhatjuk, hogy a terápiás keret szolgál a reális és irreális közti határ kijelölésére. Ebben az értelemben a keret alakulása határozza meg e határ helyét a terápiás folyamat során, vagyis azt, hogy a történések közül mi reális, és mi fantázia. Ez a potenciális térhez - valóság és fantázia, én és a másik, test és elme határához – vezet majd minket.

Példa

Osztályos kiscsoportban a regresszióban lévő nő hosszasan beszél arról a fantáziájáról, készítéséről, hogy egy késsel elvágja az ereket a csuklóján. A fiatal férfi csoporttag elmondja az ötletét, hogy elmegy a késéért és odaadja a nőnek, ha akarja, tegye meg. Két ülésel később, a nő ismét a késről beszél, a férfi hirtelen felugrik és behozza a kését. A nő megmutatja, hogyan tartaná a kést, hogyan húzná végig a csuklóján. Előbb finoman érinti oda, majd egyre nagyobb nyomással. A férfival szinte egyszerre lépünk közbe, ő megjegyzi a saját ötletétől, én jelzem, hogy a csoportban beszélünk a dolgokról, de nem tesszük meg, majd elkérem a kést és leteszem a nő mellett lévő székre. Nem nyúl utána.

Példa

A korábban kétszer is rövid pszichózis miatt kezelt nő egyéni szupportív terápiában vett részt, házasságában szoros kötődés, dependens viszonyulás jellemezte. Kb. fél év után többször előfordult, hogy férjét egy másik nővel láttam együtt a városban, s az a fantáziám volt, hogy a férj megcsalja a beteget. Eközben az üléseken a nő ébredező autonómiája volt jellemző. Sokáig dilemmáztam azon, közöljem-e vele észlelésemet, beleszóljak-e ilyen direkt módon az életébe, vagy kivárjam, amíg ő hozza elő a kapcsolati zavar élményét. Később rájöttem, hogy mindkét

lehetőség beavatkozás, csapdában vagyok. Végül a nő közvetlenül tapasztalta a férj külső kapcsolatát, e rádöbbenés újabb pszichotikus epizódot indított el.

E két illusztráció is élesen kirajzolja a terápia mozgásterét, s főként annak szubjektív jellegét, s azt, hogyan válik a keret testközelivé, halálos fontosságúvá.

A pszichoterápia adekvát leírása lehetséges a kommunikáció participációs elmélete alapján (Horányi, 2007), mellyel a szokványos kommunikációs modellekhez képest tágabb fogalmi keretbe illeszthetjük a terápiás kommunikációt. Mint már láttuk, a *probléma* központi kategória, közelebbről problémafelismerésről és problémamegoldásról van szó – ezek egy-egy típusa a kivizsgálás/diagnózis és a kezelés. A terápiás kommunikáció színtere az, ahol a kommunikáció zajlik vagy elérhető. A pszichoterápiás helyzet egy kommunikációs színtér, ahol alapesetben két ágens, a terapeuta és a páciens kommunikációs viszonyban van. Eddig a kommunikáció szereplői, ágenstípusai közül a kezelőt és a páciens azonosítottuk, amelyeknek fontos jellemzőjük a felkészültség, hiszen különböző típusú tudásokkal és hozzáférésekkel rendelkeznek. Hangsúlyos, hogy a terápiás kommunikációt nem egyszerűen aktus jellegűnek tekintjük, hanem egyben állapotként is leírjuk: amikor a páciens beszél a tünetéről a kezelőnek (aktus jelleg), akkor egyúttal részesedik abban a kommunikatív állapotban, amelyet terápiás viszonyként fogunk fel, részesedik benne és létrehozza, konstruálja is azt.

Mint előzőleg bemutattam, a páciens és a kezelő eltérő perspektívája eltérő tartalmú problémafelismerést és problémamegoldást eredményez. A két ágens kommunikációjának sikeressége azon múlik, képesek-e a problémakezelésük különbözőségével kapcsolatosan *kölcsönös felismerésekre* jutni. A pszichiátriai színterek jórésze nem kedvez ennek a felismerésnek, inkább akadályozza a kölcsönös tudás ilyen típusú bővülését, a terápiás csoportnak viszont alapjellemezője, hogy kedvez a kölcsönös tudás elérésének.

A pszichoterápiás helyzetben létrejön az az állapot, amelyben a pszichiátriai betegséggel mint problémával kapcsolatban az ágensok egymással a keret által meghatározott színtéren kommunikatív viszonyba kerülnek. Szignifikációik kölcsönösen elérhetőekké válnak, a pszichoterápia a participációs modell fogalmi alapján kommunikatív. A pszichoterápia kommunikáció alapú leírása rávilágít arra, hogy a pszichiátriai osztályos közegben ez a típusú kommunikatív kevéssé valószínűen jön létre. Ennek fő oka, hogy a pszichoterápiás kommunikáció konstituense, a potenciális tér létrejöttéhez kedvezőtlenek a feltételek. A terápiás csoport adja azt a lehetőséget, hogy az osztályos intézményi közegben is létrejöjjön a

kommunikatív az elérhetőségek kiterjesztése révén. A pszichoterápia sajátos, önálló intézményi kóddal bír. A kód differenciált értelmezése lehetővé teszi annak az elemzését, hogy ennek a kódnak mi lesz a sorsa a pszichiátriai osztályos struktúrában.

1.4. A pszichiátriai intézmény/osztály mint a pszichiátriai betegség körüli kommunikáció komplex színtere

A pszichiátriai betegségre vonatkozóan a páciens és a kezelő perspektíváihoz a kórházi, pszichiátriai intézményi közeg további körülírható elemeket kapcsol:

- a pszichiátriai betegség privát jellegének megváltozása, különböző módon tagolt és korlátozott nyilvánosságok hozzárendelése,
- intézményi struktúra saját kóddal, melyre jellemző a normativitás és a kuszodiális jelleg (Foucault),
- szervezeti struktúra, szociális rendszer,
- lokáltság (lokális kultúra és lokális nyilvánosság) hatása a pszichiátriai betegségre vonatkozó diskurzusra.

A pszichiátriai osztály a modern, humánus szakmai, szervezési elvek ellenére is a totális rendszer jellemzőivel bír: működtetésének alapelemei a kontroll, a hierarchikus hatalmi struktúra, az autoriter elemeket szükségképpen tartalmazó vezetési stílus, a beszabályozottság, a redukált, egyirányú kommunikációs lehetőség (Terenyi, 2003). A csoportterápiás megközelítésre ezzel szemben a szabad megnyilvánulásra, nyílt kommunikációra való törekvés, az empátias vezetés, a megegyezésen alapuló munkamód, az önreflexív célkitűzés jellemző, amely feltételezi a hatalmi hierarchia korlátozását, láthatóvá tételét, személyessé alakítását. E látszólagos ellentét élessé teszi a pszichiátriai osztályokon működtetett különböző csoportformációk jellemzőinek, funkcióinak, a csoportvezetői kompetencia összetevőinek kérdését. A döntési mechanizmusok, az erőforrások megszerzésének és elosztásának módja, a rendszerhatárok a pszichiátriai osztály hierarchizáltságának elemzésre alkalmas összetevői, melyhez etológiai alapú, de közgazdaságilag is értelmezhető jelenségek mentén közelítve a csoportterápia, csoportanalízis rendelkezésre álló elméleteinek egyes vonatkozásait illeszttem. Illusztrációként azokat a tapasztalatokat használom, amelyeket pszichiátriai osztályos viszonyok átalakulása során szereztem.

1.4.1.A pszichiátriai osztály funkcionális jellemzése

A pszichiátriai osztályt mint intézményt szűkebben értelmezve *akut felvételes* pszichiátriai osztályként definiálok, vagyis amelyre jellemző a kényszerkezelés mint meghatározó betegfelvételi mód és az ehhez technikailag szükséges zárt osztály léte, továbbá a területi vagy más módon szabályozott ellátási kötelezettség, melyet a társadalombiztosítással kötött szerződés ír elő.

A pszichiátriai osztályok fő funkciói a *védelem* (a környezet és a páciens vonatkozásában egyaránt), továbbá a *normalizáló* hatás, vagyis az adaptív viselkedés elérése. Ez utóbbit ma kezelésnek hívjuk. A klasszikus elmeosztály *kusztodiális* (megőrzési) funkciója helyébe a modern pszichiátriai megközelítés a kezelési funkciót helyezte (Huszár, 1999), a betegségfolyamat és a páciens egyedi reakcióinak bizonyos mértékű megértését feltételezi a *reflektivitás* révén. Ugyanakkor az a pszichiátriai intézményrendszer, amely ezt megvalósítja, a modern szakmai, szervezési elvek ellenére is kisebb-nagyobb mértékben ma is rendelkezik a kusztodiális működésre kialakított *totális rendszer* jellemzőivel. A pszichiátriai osztályok működésére jellemző kényszer (zárt osztály, kusztodiális funkció) továbbra is jelen van a rendszerben, de manapság más típusú, például közgazdasági kényszerek formájában is (Goldberg, 2001).

Az elkülönítésnek a pszichiátriai intézmények szempontjából alapvető funkciója van, az egész struktúra úgy épül fel, hogy azt hatékonyan megvalósítsa az egyéni viselkedés kontrolljával. E struktúrát *Goffmann* után *totális rendszernek* nevezzük, melynek jellemzője az azt alkotó személyek minden aktivitásának, teljes életfunkciójának, viselkedésének ellenőrzése, a személyekkel való elidegenített, homogenizált bánás. A totális kontroll csak szigorú *hierarchiában* valósulhat meg, amelynek minden szintjén hasonló ellenőrző struktúrák működnek. E hierarchikus rendszer működésének alapfeltétele a *fegyelem*. *Michel Foucault* (1990) részletesen elemzi a történelem során létrejött totális intézmények fegyelmező eljárásait, röviden áttekintem az általa leírt struktúrákat.

Foucault a fegyelmező-elkülönítő intézmények történeti előzményeinek két jellegzetes típusát különbözteti meg, melyeket két fertőző betegség – a lepra és a pestis – elleni társadalmi szintű védekezés hozott létre. A leprára adott társadalmi reakció a lakott területeken kívüli *elkülönítés* és stigmával való ellátás volt. Ily módon zárt csoportok (*lepratelepek*) jöttek létre. Ettől

eltérően a pestisjárvány kezelésére, a fertőzés terjedésének megakadályozására a *karantén* szolgált, melyben az emberek eredeti életterükben maradtak, de a *fegyelmezés* alapvető eszközével mozgásukban, érintkezésükben korlátozták őket, a rendkívül szigorú hierarchikus ellenőrzési struktúrák révén a fellépő hatalom mindenütt jelenlévővé tette magát, a szabályszegést végletesen szankcionálták.

A 19. századra a fegyelmező funkciójú, totális intézmények már e két alaptípus közös jegyeit viselték. Foucault részletesen elemzi a *Bentham* által kidolgozott modellszerű struktúrát és intézményi épülettípust, a *Panopticon*t, mely a hatalmi működés *általánosítható modell*jeként értelmezhető, az *egyének egymáshoz viszonyított felosztásával, a hatalom elrendezésével*⁹ az emberek mindennapi életében meghatározza a hatalmi viszonyokat.

A személyeket a felügyelő folyamatosan láthatja, de azok nem láthatják őt és egymást, csupán *információ tárgyai, de soha nem kapcsolat alanyai*. A látható, de ellenőrizhetetlen hatalmat a gépezetszerű működés automatizálja, személytelenné teszi, a közvetlen, erőszakos hatalomérvényesítés szükségtelen. A hatalom introjekció révén a *láthatóság tudatos és folyamatos állapotát* hozza létre az egyénben, s ebből a felettes énben létrejött stabil hatalomrepresentációból önmaga által fenntartott *valóságos* alávetettség, alkalmazkodási kényszer származik.

A fegyelmezés mint szinkronizáció *a hatalom és az alávetett egyén* között jön létre, a hierarchia minden szintjén, méghozzá a rendszer alapfunkciójához kapcsolódó dimenzióban. A totális rendszer lényegéhez tartozik a cselekvések teljes kontrollja, azonnali minősítése, amely által minden cselekvésnek direkt szankcionális következménye van. E következményeknek az introjekció révén a rendszerbe kerülő személy is tudatában van, cselekvéseit és beszédaktusait egy idő után önmaga kontrollálja a szankciók elkerülése érdekében. Ezt a jelenséget a társadalmi nyilvánosság kontextusában *öncenzúrának* hívjuk. A totális fegyelmező intézmények kiemelt jellemzőit eredetük szerint összefoglalva az 1. táblázat mutatja.

⁹ „...gyűrű alakban vesz körül egy épület egy tornyot; a tornyon nagy ablakok vannak, amelyek a gyűrű belső oldalára néznek; az épületet cellákra osztották, az épület teljes szélességében; minden cellának két ablaka van, az egyik befelé néz, a torony ablakaira, a másik kifelé tekint, és beengedi a fényt. Elég, ha egyetlen őrt állítunk a központi toronyba, s mindegyik cellába elhelyezünk valakit...Az ellenfény jóvoltából e toronyban lévő őr előtt világosan kirajzolódnak a foglyok körvonalai a gyűrű celláiban...tökéletesen individualizáltan, és állandóan láthatóan. A panoptikus berendezés térbeli egységeket hoz létre, amelyek lehetővé teszik, hogy szüntelenül lássák és azonnal megkülönböztessék őket...” (Foucault, 1990, 273.)

Működés	elkülönítés (zárt rendszer létrehozása)	fegyelmezés	láthatóságon alapuló megfigyelés
Eszközök	fizikai korlátok, ágyhoz rendelés, együttlétek szigorú szabályozása, stigmák	hierarchia, normalizáló szankciók	cellarendszer, zártosztályos figyelő felügyeleti – ellenőrzési cél
Típus	lepratelep, tömlöc	karantén	panoptikum

A totális fegyelmező intézmények kiemelt jellemzői (Foucault, 1990 nyomán)

1.táblázat

Fontos hangsúlyozni, hogy a panoptikum sémáját – körben emberek, a középpontban egy hatalmi személlyel – ma is megtaláljuk a zárt társas rendszerekben és az azokat alkotó egyének reprezentációiban akkor is, ha maga a struktúra nem panoptikusan épül fel, de az egyének egy csoportjára valamilyen feladatot vagy viselkedést akarnak rákényszeríteni. Hasonló elrendezést találunk az *intenzív osztályon*, ahol a teremben körben helyezkednek el a betegágyak és középen a nővérpult. Az Orwell-i utópia, az *1984* ugyanilyen hatalom-működtetési szisztémát ír le, a *telekép* révén jön létre az egyénben az a képzet, hogy „a Nagy Testvér mindent lát” (Orwell, 1989). Ugyanennek a sémának a fordítottja a *peep-show*: az ellenfény a kör mentén ülőket teszi láthatatlanná.

Példa

A pszichiátriai osztályon a nővérek ápolási lapokon rögzítik a betegek viselkedésével kapcsolatos megfigyeléseiket, az osztályos orvos ezekből is tájékozódhat. Évekkel ezelőtt kérdésként merült fel, hogy e dokumentációba a páciensek betekinthesnek-e. Előfordult, hogy a véletlenül elől hagyott leírást egy beteg elolvasta és sérelmezte, ha a saját élményétől eltérő tartalmú megfigyelést olvasott. A betegben kialakult a „láthatóság” képze, a rendszer működését úgy értelmezte, hogy az orvos a személyes kontaktus helyett a jelentések alapján hoz hatalmi döntéseket, s e kiszolgáltatottság miatt azok tartalma elsődlegesnek tűnt személyes sorsa szempontjából.

A totális rendszerként definiálható pszichiátriai osztályos működés és struktúra alapelemei (Foucault, 1990):

- a hierarchikus hatalmi struktúra és az autoriter elemeket szükségképpen tartalmazó vezetési stílus,
- a kontroll, tehát a láthatóságon alapuló megfigyelés felügyeleti illetve megismerési céllal a hierarchia minden szintjén (totális rendszer),

- a fegyelmezés, tehát a normalizáló szankciók alkalmazása a páciensek és a személyzet szintjén egyaránt, az elkülönítés, tehát fizikai korlátok és az együttlétek szabályozása, a beszabályozottság, a redukált, egyirányú kommunikációs lehetőség.

Fontos további jellemzők:

- finanszírozási és humán források korlátozottsága
- számos ritualizált viselkedésforma megléte
- a terápiás (kezelési) és a kuszodiális (megőrzési) funkció keveredése.

A merev hierarchikus rendszer egyik jellemzője, a korlátozott, *egyirányú kommunikáció*, amely gátja lehet az osztályos rendszer valóságészlelésének is, illetve a rendszer illúziókból álló virtuális valóságokat működtethet, ami például a betegek állapotának észlelésére is kiterjedhet.

A *forgóajtó-pszichiátria* egyik rendszerszintű mozgatójának tarthatjuk e mechanizmust.

A hierarchikus működésmód keretében a hatalmi, tekintélyalapú nyomás mellé további torzító tényezőként csatlakozik a finanszírozási kényszer (Goldberg, 2001). Amikor az osztály közgazdasági túléléséről van szó, a személyzet kénytelen a finanszírozási szempontokat érvényesíteni akár a kezelési/szakmai szempontok kárára is.

A külső és belső, alrendszereket definiáló rendszerhatárok általános jellemzője az *átjárhatóság mértéke*, funkciója a rendszer belső *stabilitásának védelme*, a fölüttes rendszerrel való *kapcsolódás szabályozása*. *Zárt rendszernek* olyan intézményt vagy intézményi alrendszert tekintek, amelynek határai bizonyos tekintetben *nem átjárhatók*, a mindennapi társas interakciókhoz képest merevek. E társadalom által létrehozott intézmények zártságának funkcionális jelentősége van: jellemző működésük az *elkülönítés*, amely megvalósulhat *fizikai korlátokkal*, pl. a börtön esetén, az *intézményi hierarchia* által beszabályozottan, pl. katonai szervezeteknél, kisebbségi csoportok esetén, amikor esetenként *stigmákká* váló *jelek* mutatják a rendszer határát.

A rendszerhatárokon megfigyelhető jelenségek a határok működési módjait jelzik, melyek az egyéneken és csoportjaikban leképeződnek. A rendszer és alrendszerei funkcióképességét jelentősen befolyásolja a *valóságos határok és a határképzetek közti megfelelés mértéke*, különösen az átjárhatóság (zártság/nyíltság) dimenzióban. A túl nagy eltérés diszfunkcionális viselkedést eredményez, a túlzott megfelelés a kreativitást, a rugalmas alkalmazkodást és a fejlődést korlátozza. A határképzetek relevanciája és a határtartás képessége és biztonságossága szorosan összefügg az egyéni személyiségjellemzőkkel.

Példa

A pszichiátriai zárt osztályra került beteg számára a releváns határképzetek kialakulása alapvető az alkalmazkodó viselkedés szempontjából. A zárt ajtó, mint éles rendszerhatár, gyakran felhívójelként működik, a felvételét el nem fogadó beteg az ajtót üti, döngeti, ezzel jelezve tiltakozását, értetlenségét. Ugyanakkor előfordul, hogy túlalkalmazkodó társa saját maga vállal ajtónállói szerepet (pl. ebédidőben, amikor az osztályos nővérek az átmenetileg nyitott ajtón keresztül ételhordással vannak elfoglalva).

Példa

Könnyen átjárható határ reprezentálódik abban a nővérben, aki a mély regresszióban lévő borderline pácienssel nem tartja meg az intimitás határait, ölbeveszi, ringatja az osztály folyosóján várakozás közben. Az arra járó osztályvezető, akinek a határképzetei sokkal rigidebb struktúrákról szólnak, a nővér viselkedését szóvá teszi, ezzel mintegy helyretéve a hierarchiáról alkotott képzeteit.

A pszichiátriai osztály hierarchikusan struktúrált szervezet, intézmény, a szervezeti környezethez (kórházhoz) való kapcsolódását a külső határok, míg a formális, szakmailag releváns szerepekhez kötött interakciókat a belső határok szabályozzák. Az osztályt alkotó személyek teljes személyiségükkel vesznek részt a rendszer működésében. A szervezeti struktúrában formalizálható és értelmezhető szerepeken/státuszukon túl számos, személyes szerepeikhez kötött egyéb interakció részesei. A pszichiátriai osztály működése szempontjából ezeknek az informális interakcióknak és a szabályozott interakcióknak a viszonya a fontos határkérdés. A rendszerben résztvevő személy egyszerre számos különböző, nem koncentrikusan kapcsolódó alrendszer részese, azok *metzéspontjában* áll, rajta keresztül érvényesülnek az egyes alrendszerek kölcsönhatásai. A pszichiátriai osztály térbeli elrendeződése kisebb-nagyobb mértékben meghatározza a szervezeti struktúrát és viszont. A rendszer struktúrája a személyben reprezentálódik, s a rendszer határkérdései intrapszichésen is megjelennek (Kernberg, 1992). Az egyes alrendszerekben értelmezett szerepek egy személyben manifesztálódnak, s a személyiség feladata e különböző *szerepek integrációja*. A totális rendszerben résztvevő személyiség egyéni stabilitásának feltétele a határfunkció megfelelő kezelésére való képesség, az, hogy a különböző alrendszerekben betöltött szerepeit integrálni tudja (Kernberg, 1992). Számos ellenható tényező (hierarchia, merev határok) miatt a pszichiátriai osztályon az integráció nehezen valósul meg. A rendszer egyik jellegzetes funkcionális része a zártosztályos, vagyis *térbeli izoláció*. A rendszer által használt tér fizikai

adottságainak és a társas helyzetek berendezkedésének vannak erre az izolációra utaló, ezt megvalósító tárgyiasult, szimbólikus vonatkozásai.

Példa

A zártosztályos figyelő kórterméhez épített nővértartózkodó egy ajtó nélküli benyílás, ahol a személyzet dokumentációt, gyógyszereket, eszközöket tárol. Előfordul, hogy mindkét műszakos nővér elhagyja a figyelő kórtermet, ilyenkor egy, a benyíló bejáratát kitöltő székkal jelzik, hogy a betegek számára tilos a bemenet. Ez az indexikus jel introjekció révén minden külön megerősítés nélkül visszatartó hatású a figyelőben lévő betegek számára. A zártosztályt megjelenítő további jel, ikon: a páciens által viselt csíkos pizsama, amely magán hordja a "rács"-ot; index: a személyzetnél lévő kulcs, amely a hatalmat, a kompetenciát jeleníti meg; szimbólum: korlátozó intézkedések szabályai, tilalmak, előírások, melyek a páciensek és a személyzet részvételét szabályozzák.

A pszichiátriai osztályon speciális hangsúlyt kap a személyes tér, a pszichiátriai osztályos rendszerben való tartós részvétel alapvető feltétele a személyes tér biztosítása, stabilitása mind a páciens mind a kezelőszemélyzet számára. A hospitalizációs ártalmak, iatrogen hatások jórésze és a kiégés is összefügg azzal, hogy a túlszűfoltyságból, esetleg építészeti adottságokból kifolyólag a személyzet nem képes ezt biztosítani sem a betegek, sem önmaga számára. Sajátos paradoxon ez: miközben a zárt rendszerbe kerülés szélsőséges módon elkülöníti a páciens eredeti környezetétől, a zárt rendszeren belül feloldja, figyelmen kívül hagyja személyes határszükségeit. A személyes tér kezelésének módja összekapcsolódik a betegség privát és nyilvános jellegének kérdésével.

Példa

A személyzet személyes terének fontosságát mutatja az, ahogyan a zárt részleg egyik vizsgálo helyiségének a funkciója átalakult. A rossz építészeti adottságok ellensúlyozására a figyelő kórterem mellett kialakított benyíló, munkatevékenységre használt nővértartózkodó mellett a személyzet igényelt egy külön helyiséget is, a korábbi orvosi vizsgáloból nővérszoba lett, amelyet étkezésre, kávéivásra, pihenésre is alkalmas. Miközben a szeparált szoba használata nem teszi lehetővé az egyidejű betegmegfigyelést, a személyzet mégis gyakran teljes létszámban ebben a helyiségben tartózkodott megszegve azt az alapelvet, hogy a figyelőben lévő betegeket a személyzet nem hagyhatja magukra. A nővérszoba mintha azt az illúziót keltette volna a személyzetben, hogy valóságos szeparáltsága ellenére a figyelő kórterem része, akárcsak a benyíló. Ez a gyakorlat kockázatossága ellenére tartósan beépült a részleg működésébe. Ennek

egy lehetséges magyarázata az, hogy a helyiség kettős természete valójában a potenciális tér reprezentánsa lett, a zártság egyik feloldási módja, mely valójában a terápiás kultúra humanizálását szolgálta. A konkrét funkció ugyanakkor a személyzet személyes terének ilyen módon való biztosítása.

1.4.2.A pszichiátriai osztály evolúciós/etológia alapú leírása

A továbbiakban a pszichiátriai osztályos rendszer *egyensúlyi viszonyaival* foglalkozom. A szociális rendszer hatékony működését az egyéni és csoportszintű regresszió mérséklődése, vagyis az egyéni és csoport-szintű szorongás csökkenése, megfelelő kezelése határozza meg (Voyer, Gould, Ford, 1996). Ugyanakkor a szorongásszintet a rendszeren belül szabályozó mechanizmusok értelmezhetőek etológiai illetve közgazdasági kategóriákkal, azaz az egyén túlélését meghatározó jelenségek alapján. E tekintetben alapvető a rendszer *erőforrásainak* az elemzése.

Az evolúciós elmélet az egyik lehetséges magyarázó elvnek mutatkozik a pszichiátriai koncepciók alakulása során. A pszichiátriai osztályt sajátos társadalmi intézményi tulajdonságai különösen alkalmassá teszik az etológiai alapú értelmezésre. A pszichiátriai betegségek kialakulására vonatkozó koherens magyarázó elméletek fő iránya az *adaptacionista* megközelítés. Ez a darwini természetes szelekció elsődlegességéből indul ki, s a pszichiátriai zavarokat az adaptáció következményeinek tartja. Ezzel a némileg tautologikus magyarázó elvvel szemben a *nem-adaptacionista* megközelítés azt feltételezi, hogy az egyén és környezete közötti interakcióban az adaptív jelleg csupán az egyik összetevő, s az egyénnek a környezetre gyakorolt konstruktív, aktív alakító hatása hangsúlyosabb (Dubrovsky, 2002). Eszerint az adaptáció nem hajtóereje, inkább következménye az evolúciós folyamatnak.

A pszichopatológia magyarázatain kívül az evolúciós pszichiátria tárgykörébe tartozhatnak ugyanakkor a pszichiátriai kezelési rendszerek, mint evolúciós folyamatokat - kezeléseket, csoportszelekciós, kulturális evolúciós folyamatokat - aktuálisan is megvalósító közegek. A pszichiátriai osztályok tekinthetők olyan humán csoportoknak, amelyekben a szociobiológia, humán etológia által leírt mechanizmusok működnek (Csányi, 1999). E struktúrák működési jellemzőinek megértésére alkalmas lehet az evolúciós megközelítés.

A pszichiátriai osztályos lét széles skálán motivált, gyakran a mindennapi életben szokatlan, intenzív viselkedés-mintázatokat hív elő. A viszonylag zárt csoporttér, a rendszeren belül az

emberek tartós részvétele, az állandó csoportos együttlét regressziós nyomása, az interakciók intenzitása, a különböző erőforrások szűkös volta mind amellet szól, hogy koherens módon alkalmazható egy etológiai alap leírás az osztályos csoportfolyamatokra. A jól körülírt, hierarchikus szervezeti struktúra ellenére az osztályos rendszer folyamatai gyakran mutatnak instabilitást, diszfunkcionális működést. A rendszer stabilitása szempontjából kiemelt jelentőségűek a szinkronizációs mechanizmusok, melyeknek vizsgálata, megértése hozzájárulhat a rendszerben való hatékony részvételhez, annak humánusabbá alakításához.

A szinkronizációs/integrációs mechanizmusok között kiemelek egy játékelméleti vonatkozást. A hierarchikus/totális rendszer egyes szintjein analóg kontroll mechanizmusok működnek, vagyis a személyzet szintje is kiszolgáltatott a felettes rendszernek, korlátaival, frusztrációival, agresszív késztetéseivel együtt. Ebből adódóan az akut zárt osztályos pszichiátrián *a páciensek és a személyzet hasonló helyzetben vannak, hasonlóan, de más időbeli szekvenciában* élhetik meg a bezártságot. Ugyan a páciens az adott pillanatban nem mozdulhat a helyéről, miközben a személyzet hazamehet, de az utóbbinak minden nap be kell mennie, míg a páciens az állapota rendeződése után már nem lesz az osztályon. A zárt rendszerbe került személy időélményének torzulása nem csupán a betegségből adódhat, hanem a zárt rendszerben való létezés is felerősíti azt. A személyzet és a páciens közötti szekvenciális különbség *aszinkron működést* implikál, amely nehezíti a kooperatív működés kialakulását. Itt kooperáció alatt a rendszer fenntartásában való együttműködést érthetjük elsősorban, például azt, hogy a páciens nem szokik meg, elfogadja a szabályokat, a személyzet nem alkalmaz indokolatlan erőszakot. Mindebből az következik, hogy a rendszer fenntartásához szükségesek a funkcionális *szinkronizáló* aktusok és struktúrák, melyek, mint látni fogjuk evolúciósan is meghatározottak.

Példa

A beteg a lázlatan előírt injekciót megkapta a délutános műszak ápolójától, aki azonban elfelejtette feljegyezni az ápolási dokumentációba a beadás tényét, s műszakváltáskor sem jelezte ezt kollégájának. Az éjszakai műszakos ápoló felfigyelt a mulasztásra, s az injekció pótlólagos beadása mellett döntött. A beteg jelezte neki, hogy már megkapta az injekciót, de az ápoló nem hitt neki, ragaszkodott döntéséhez. A köztük kialakult konfliktust az ügyeletes orvos beavatkozása oldotta meg, aki elfogadta a beteg közlését, de az éjszakai ápoló sérelmezte az orvosi döntést, amely a betegnek adott igazat. Az ápolók napokkal később tudták csak tisztázni egymással a valós történést, ugyanakkor az éjszakai ápoló sérelme tartós konfliktusforrássá vált. Csupán hetekkel később vált megbeszélhetővé az eset személyzeti csoport keretében: ekkor szinkronizálódhatott az az attitűd, hogy egy beteg közlései is lehetnek hitelesek.

Játékelméleti vonatkozású a *kölcsönös sorsirányítás* nevű klasszikus szociálpszichológiai kísérleti helyzet (Mérő, 1996), amelyben az egymástól izolált két játékos két gomb közül választhat, adott jelzésre, mindketten egy időben valamelyiket megnyomják, aztán újabb jelzéskor jutalmat vagy büntetést kapnak. Valójában anélkül, hogy tudnának róla, egymást büntetik vagy jutalmazzák. A kísérleti tapasztalat szerint több-kevesebb menet után kialakul a kooperáció a játékosok között, azaz jutalmazni fogják egymást, holott a játékszabályról – tehát, hogy mi alapján kapnak jutalmat – nem tudnak. Ebben az ismeretlen szabályú játékban célszerű stratégiának bizonyult a *Thorndike-féle effektus törvény*, amely szerint a sikerre vezető választ hajlamosak vagyunk azonos helyzetben megismételni, a kudarcra vezetőt pedig elkerülni. A kooperáció a játékosoknál e stratégia mentén alakul ki, de minden esetben *kölcsönös bántás után* indul meg, mintha a stabil kooperáció előfeltétele kölcsönös agresszió lenne. Figyelemre méltó ugyanakkor, hogy amikor a játékosok a gombnyomást *aszinkron* tették meg, s méginkább, amikor a visszajelzések is késleltetve történtek, a stabil kooperációra való esély elenyésző lett. *Aszinkron döntési és informálási helyzetekben tehát az emberek közötti kooperáció rendkívül megnehezül.* Mérő a zavaros időkben elrendelt kijárási tilalmat hozza példának, amelyben tudatosan előállítanak egy helyzetet, amely a történéseket szinkronizálja. *Szükség van tehát szinkronizáló aktusokra, melyek ideális formája a csoport.*

A pszichiátriai osztályos kezelés gyakori jellemzője az, hogy a rendszerbe bekerülő beteg számára ismeretlenek a „*játékszabályok*”. A sürgősségi felvétel feszültsége, az ilyenkor esetleg szükséges nyílt agresszió gyakran a betegjogi, törvényi előírások ellenére sem nyújt lehetőséget a páciens és a felvevő orvos számára, hogy tisztázzák a szabályokat, a páciens élménye a korlátozás agresszivitásának felszínénél megáll, s nem láthatja a mögötte munkáló – mégoly humánusnak és törvényesnek tartható – szempontokat. Ez a felállás *a páciens számára ismeretlen szabályú játéknak* felel meg, így az effektus törvény alapján valószínű lépés az alkalmazkodás, a disszimuláció: az osztályra kerülés kontextusában a magatartása agresszivitást mutatott, veszélyeztetőnek minősült, erre negatív választ kapott (bezárás), tehát váltani fog. Sajátos *csapda* ez, hisz az orvos a következő „lépésben” nem tudhatja, mi motiválja az agresszivitását kontrollálni képessé vált beteget: „kikerülni a zárt osztályról” vagy „meggyógyulni”.

A pszichiátriai osztály hármas konstellációban működik: a betegekkel a nővérek vannak folyamatos együttléti viszonyban, a beavatkozások és észlelések döntő többsége általuk valósul meg, az orvosnak nagyságrendekkel kevesebb kontaktusa van a betegekkel (Helman, 2001,

Terenyi, Lukácsa, 1998). Amikor az orvos által rendelt injekciót, gyógyszert, amely ebből a szempontból a fegyelmezés eszköze, a nővér adja be a betegnek, a hatásról való visszajelzés is a nővéren keresztül történik. Itt a nővér funkciója megfelel a kölcsönös sorsirányításos helyzet kapcsolótáblájának: a két alany – beteg és orvos – egymástól izolálva jelzéseket ad, a nővér közvetít. Szintén az ismeretlen szabályú játékok körébe tartozik az egyéni kezelési helyzetek túlsúlya: az orvos – beteg viszony, a köztük zajló interakció homályban marad, ha a rendszernek nincs integráló, szinkronizáló funkciójú egysége. Integráló lehet a hatalmi hierarchia csúcsán lévő főorvos egyszemélyes működése is, ez felel meg a zárt rendszer hagyományainak. De az *integráció* hatékonyan megvalósulhat reflektív működésű csoporthelyzetek által is, mint a személyzeti megbeszélés, esetmegbeszélés, nagycsoport.

Csányi a *humán viselkedéskomplex* elemzésekor három, kizárólag az embernél előforduló tulajdonságcsoporthoz különít el (Csányi, 1999):

- a) *A csoportérettel kapcsolatos szociális tulajdonságok* (individuális csoportok, csoportlojalitás, szociális vonzódás, szabályozott belső agresszió, csoportgyűlölet különböző csoportok között, táplálékmegosztás, komplementer kooperáció, szexualitás multifunkcionalitása, szülői gondoskodás)
- b) *A csoportélet szinkronizációját szolgáló viselkedési mechanizmusok*
- c) *Konstrukciós képességek* (absztrakció, eszköz, mimézis, nyelv, hiedelem)

Mindhárom tulajdonság típus szoros összefüggésben áll azzal a ténnyel, hogy az ember csoportban létezik. A zárt pszichiátriai osztályos rendszer egészét is *humán csoportnak* tételezve érdemes megvizsgálni, hogy a humán viselkedéskomplex milyen jellemző módokon valósul meg ebben, illetve hogy a hierarchikus jellegből milyen szükségszerűségek adódnak.

Evolúciója során a humán viselkedéskomplex, mint a csoport és tagjainak fennmaradását szolgáló humánspecifikus jellemző jött létre. Korai formája a biológiai evolúció folyamatába ágyazottan alakult, a szelekciós nyomás a biológiai szubsztrátumra vonatkozott. Későbbi formái a csoportszelekció, a kulturális evolúció termékei és feltételei. A humán etológia szerint az agresszió szabályozására jellemző, hogy a humán csoportokban a belső agresszió szabályozott, ezzel szemben *élénk külső agresszió* észlelhető. Tehát az agresszív viselkedés egy rendszerszinttel kijebbe került a főemlősökhöz képest, ahol az egyének (csoporttagok) közötti agresszivitás jellemző. Humán csoporton belül az *agresszió elfojtása* illetve *áthelyezése* történik: kívülre, a csoporton kívüli realitásba. Ez a típusú agressziószabályozás hatékony a reális fenyegetések elleni védelemben, ugyanakkor *külső ellenségképek* projekcióval is

produkálhatók, továbbá belső ellenségkép is kialakulhat bűnbakképzéssel. Bűnbakra akkor van szükség, ha nincs külső ellenség, vagyis, ha a csoport kifelé védett, pl. autokratikus vezető által, vagy akkor, ha a csoport nyitott és a belső kommunikáció is nyitott.

A pszichiátriai osztály folyamataira vetítve fontos elkülönítenünk a már említett három alrendszert, amely ebben a sorrendben hierarchiát is képez: orvosok, nővérek, betegek. Autokrata vezetés esetén e hierarchia rendkívül merev lehet, az alrendszerek közötti átjárás, kapcsolódás, információáramlás diszfunkcionálisan nehezítetté válhat. Mindez kedvez a torzító projektív folyamatok intenzív megjelenésének. Gyakran tapasztalható, hogy az egyes alcsoportok külső ellenségképet alakítanak ki: a támadhatatlan vezetőre irányuló agresszió áttevődik más alrendszerekre, esetleg a vezető maga alkalmazza tudattalanul az „oszd meg és uralkodj” elvét. Belátható, hogy ahol szabad tere van ezeknek a projektív mechanizmusoknak, ott destruálódik az osztályos működés, a három alrendszer között bizalmatlanság alakul ki, amely nehezíti a kooperációt. Az esetleg beinduló kompenzáló mechanizmusok ugyanakkor jelentős energia deficittel járnak.

A humán csoportok korai formái olyan közegben jöttek létre, ahol a viselkedésnek *direkt kockázata* volt: a téves cselekvés az egyén vagy a csoport pusztulásához vezetett. Az absztrakciós képesség, a hosszabb gyermeknevelési idő stb. révén a csoporton belül nagyobb teret kaptak a *másodlagos reprezentáció szintjén* működő jelenségek, mint a játék, az imitáció, amelyeknek a tanulás és a csoporton belüli szinkronizáció volt a funkciójuk. Ez a nagyobb mozgástér a pszichoterápia kapcsán leírt *potenciális térnek* (Winnicott, 1999) felel meg. Azt mondhatjuk tehát, hogy a humán csoportok fejlettebb formáiban létrejött a potenciális tér, amely a viselkedés direkt megvalósulásának túlélési kockázatát csökkentette.

A zártosztályos rendszerre alapvetően jellemző *az egyéni cselekvés direkt kockázata*. Ez a jellegzetesség összefügg a rendszer funkciójával (társadalmi létfenntartó funkció) és működésmódjával (fegyelmezés). Minél inkább autokratikus a vezetés és merevebb a hierarchia, annál nagyobb e direkt kockázatból eredő nyomás, feszültség. Ezzel párhuzamosan pedig annál kisebb az a mozgástér, amely az absztrakciós, kreatív munkamódból adódhat, vagyis annál szűkebb a reflektivitásra alkalmas potenciális tér. A csoportterápiás szemlélet reflektív munkamódja épp e potenciális tér kialakításának támogatását célozza, a merev hierarchikus rendszer által beszűkített kreatív mozgástér, potenciális tér kibővülésének lehetőségét adhatja.

A csoportok sajátos szinkronizációs mechanizmusok: a terápiás vagy személyzeti csoportok, mint strukturális elemek és mint sajátos működésű együttes helyzetek alapvetően eltérnek az eddig vázolt hierarchikus struktúrától és működési módtól. A csoportformában a folyamatok jórésze rejtetten zajlik, épp az a lényegi eleme, hogy e rejtett, intrapszichés tartalmakból mi hogyan kerül a csoport nyilvános terébe. A totális rendszer szűkreszabott fizikai és lelki mozgásteret enged a személynek, alávetettnek és felügyelőnek egyaránt, ezzel szemben a csoport védett helyzete kitágítja a lelki megnyilvánulások terét, a fantázia működését, lehetővé téve ezzel a potenciális tér létrejöttét (Lust, 1994).

1.4.3. Egyensúlyi viszonyok: az erőforrások megszerzésének és elosztásának módja

A pszichiátriai osztályos rendszer számára rendelkezésre álló erőforrások hatékony kihasználása elsődleges fontosságú, ugyanakkor a rendszer bizonyos állapotaiban (alapfeltevés csoportként, regresszív-szorongásos, defenzív állapotokban) az erőforrásokat nem a célfeladatra, hanem a rendszer megváltozott egyensúlyának fenntartására, kompenzálására használja. Ez a *kompenzáció*, mivel gyakran diszfunkcionális működéseket konzervál, az erőforrások pazarlását jelenti. A hierarchikus struktúra oldása, a reflektív működés beépítése a rendszerbe a diszfunkcionális kompenzáló mechanizmusok eliminálását eredményezheti, mely az erőforrások hatékonyabb kihasználását teszi lehetővé. A pszichiátriai osztályos rendszer stabilitását befolyásolja az erőforrások megszerzésének és elosztásának módja: a stabilitáshoz az erőforráshoz jutás *szabályozottsága* szükséges – hasonlóan az agresszió kontrolljához –, ugyanakkor ehhez megfelelő szintű szinkronizációs mechanizmusok szükségesek.

Az egyéni túlélés érdekében mint minden szociális rendszerben, a pszichiátriai osztályon belül is az erőforrásokért *harc* folyik: minden résztvevő maximalizálni igyekszik az általa nyert erőforrást. Ugyanakkor az osztályos rendszer, mint egész fenntartásához szükséges az erőforrásokhoz jutás (ön)korlátozása: a források egy részét a rendszer védelmére kell fordítani, továbbá ha aránytalanul sok erőforrás jut egy tagnak illetve alcsoportnak, akkor a rendszer más tagjainak illetve alcsoportjainak aránytalanul kevés, amely diszfunkcionálissá teszi a rendszert, ez a destabilizáció rontja a sok forrással rendelkezők funkcióját is. Az egyéni forráshoz jutás egyik tipikus módja a *csere*: a rendszer két tagja a saját forrásait kicseréli. A forráscsere kétszemélyes interakció akkor is, ha a helyzet, amelyben zajlik, többszemélyes.

A hierarchikus rendszerben a kétszemélyes cserefolyamatok dominálnak, hisz ez kedvez az ilyen típusú rendszer működésének, illetve mivel más típusú forráshoz jutást a rendszer nem

tud kezelni, szabályozni. A kevésbé hierarchikus (funkcionális, demokratikus) rendszerben adekvát funkciója van a többszemélyes társas helyzeteknek, csoporthelyzeteknek, a forráselosztás nem redukálódik cserefolyamatokra, hanem sokkal összetettebb módon biztosítják azt.

A csoporthelyzeteknek, mint szinkronizációs mechanizmusoknak a pszichiátriai osztályos rendszerbe való integrálása révén a rendszer egyensúlya magasabb szintű működés mellett áll be. Magasabb szint alatt a források többletét értjük, azaz az egyének illetve a rendszer által megszerzett források összmenyisége nagyobb lesz. Ezt teszi lehetővé, hogy az osztályos rendszerbe integrálódott csoportok által megvalósuló *reflektív munkamód többlet erőforrást* jelent a rendszer számára, a reflektív munkamód integrálásához szükséges energiabefektetés megtérül. Ezt mintegy evolúciós lépésnek is tekinthetjük, a kulturális evolúció szintjén is.

1.4.4. Hierarchia és reflektivitás viszonya: totális rendszer, mint csoportterápiás közeg

Azt, hogy a pszichiátriai osztályos hierarchia milyen mértékben merev, nagyrészt meghatározza a vezető stílusa. Kernberg (1979) leírásából tudjuk, hogy a pszichiátriai osztály vezetőjére jellemző – ha autokrata –, hogy fő aktivitása a hatalom megtartására, s nem pedig az általa vezetett osztály funkciójának, a páciensek kezelésének megvalósítására irányul. A bioni alapfeltevés (Symington, Symington, 1999) szinten működő osztályok úgy jellemezhetők, hogy az autokrata vezető által gyakorolt nyomást kompenzáló, védekező mechanizmusokat működtetnek. E kompenzáció minden bizonnyal energia befektetéssel jár, amely a diszfunkcionális rendszerműködés fenntartását fogja szolgálni, tehát újabb energiaráfordítást fog igényelni. A reflektív munkamód beépítése azáltal jelenthet többlet erőforrást, hogy a csoportokkal dolgozó osztály a realisabb valóságészlelés folytán kevésbé szorul a kompenzáló működések aktivitására, az alapfeltevés színtről nagyobb eséllyel kerülhet munkacsoport szintre, a valósághoz való koherensebb viszony stabilabb alkalmazkodást jelent az egész csoport számára

Amikor a hierarchia/reflektivitás dichotomiára feloldási lehetőséget keresünk, s a realitásból indulunk ki, azt mondhatjuk, hogy a pszichiátriai osztályos rendszer szükségszerű eleme a hierarchia, bizonyos mértékű autoriter vezetéssel, ugyanakkor a csoportterápiás szemlélet révén integrálható reflektív munkamód nagyban segíti az osztályos rendszer *munkacsoport* szintű működését, adaptivitását, az autokrácia önkorlátozását, a merev hierarchikus struktúrák kreatív változását. A zárt intézmények csak egy absztrakt értelemben zártak, a valóságban a működés

egy szelete az, amely zárt rendszertulajdonságokkal bír. Az akut pszichiátriai osztályok többsége ma már zárt és nyílt részlegekre tagolódik (Modestin, Abdel-Rehim, 1996). Maga a zárt osztály sem tekinthető rendszerelméleti szempontból tisztán zárt rendszernek, hisz nagy betegforgalom mellett jelentős ki-beáramlás van és a fegyelmező és elkülönítő funkció a pszichiátriai intézmények humanizálása révén jelentősen fellazult, eszközrendszere átalakult (Quirk, Lelliot, 2001).

A rendszer zártságának élménye az, ami elsődleges témánk szempontjából: adott időpontban a beteg azt éli meg, hogy nem hagyhatja el a helyét. Ez a korlátozás, agresszió, mint frusztráció jelentkezik, kölcsönös viszontagresszív késztetést vált ki a páciensben és a személyzetben. A rendszer felépítésének illetve az azt működtető egyének személyes részvételének tehát olyannak kell lennie, amely ezt az agresszivitást képes kezelni.

A személyzet számára a klasszikus elmeosztályok panoptikus elrendezésénél az *elszemélytelenítés* eszköze nyújt megoldást e feszültségre, de a modern, terápiás igényűvé alakuló intézményekben alapvető feltétel a személyesség. Ebből adódik, hogy a bezárt ember frusztrációjának csökkentése a személyzet személyes feladata kell legyen. Míg a zárt rendszerben résztvevő személy információ tárgya, s nem kapcsolat alanya, a nyílt rendszerben a személy elsődlegesen kapcsolati minőségben van jelen, s informáló-informált pozícióba kerül.

A merev hierarchikus rendszer egyes szintjein hasonló kontroll mechanizmusok működnek, vagyis a személyzet szintje is kiszolgáltatott a felettes rendszernek, korlátai, frusztrációi, agresszív késztetései vannak. Ebből adódóan az akut, zárt osztályos pszichiátrián a páciensek és a személyzet *hasonló helyzetben* vannak, hasonlóan élhetik meg a bezártságot.

Hogyan jelenik meg, csapódik le mindez a páciensek kezelésében? A kényszergyógykezelésre kerülés nyilvánvalóan nehezíti a gyógyító működést: a pszichiátriai személyzet megértésre törekvő alapállása éles ellentétben áll megőrző funkciójával. Ennek az ellentmondásnak egyetlen feloldási lehetősége annak az *élményközösségnek* a nyílttá tétele, amely a páciensek és a rendszert működtető személyzet között fennáll (Terenyi, 1995). A csoportterápiás megközelítésnek ebben kiemelkedő szerepe lehet. A zárt osztályon elhelyezett páciens éppúgy a „rendszer foglya”, mint az őt bezáró orvos. A panoptikus rendszerben a hatalmi viszony az egyén *introjekciós* működésén alapul, a folyamatos láthatóság által a hatalomról stabil kép alakul ki az egyénben, s ez a felettes ében létrejött reprezentáció biztosítja az alkalmazkodó viselkedés fenntartását. Ugyan a páciens az adott pillanatban nem mozdulhat a helyéről,

miközben a személyzet hazamehet, de az utóbbinak minden nap be kell jönnie, míg a páciens az állapota rendeződése után már nem lesz az osztályon. Ezen élményközösség nyílttá tételének autokratikus rendszerben természetesen csupán az egyéni kapcsolat szintjén van létjogosultsága: egyéni terápiás kapcsolatban elképzelhető, hogy a terapeuta képes kilépni kuszodiális szerepéből, melyet a kapcsolaton kívül kénytelen működtetni. E *kettős viszonyulás* a személyzeti tag egyéni szintjén nyilvánvalóan *energia deficittel* jár, mely egyik alapja a burn out kialakulásának, a páciens szintjén pedig a függőség egyik mozgatója lehet, mely szintén diszfunkcionális a gyógyulás szempontjából.

A téma további fontos részét emelem ki: a személyzet részvételét. Zárt osztályos pszichiátrián dolgozni, totális rendszert működtetni, más embereket korlátozni megterhelő feladat, legnehezebb része a szinte szükségszerűen megjelenő *bűntudat*. A személyzet altruista attitűdje, empátiás distresszre való hajlama mindennek részjelenségei (Kulcsár, 1998). Kulcsár az empátiakutatás eredményeit elemezve kiemeli Hoffman gondolatát, miszerint *„ha...különösen a mulasztásból vagy nem cselekvésből adódó bűntudat kapacitása már megjelent, akkor a másik szenvedésére adott válasznak mindig lesz egy bűntudat-eleme, legalábbis azokban a helyzetekben, ahol a megfigyelő segíthetett volna, de azt nem tette meg.”* (Kulcsár, 1998, 181.) A páciens zárt részlegre való bezárása, onnan nem kiengedése tehát mind a döntési helyzetben lévő pszichiátert, mind a szemlélő nővért diszponálja a bűntudati válaszra.

Rendszerszinten mindez a *bűnbakképzés, bűnbakállítás* formájában jelenik meg. A bűnbak lényege a bűn és a vezeklés átruházhatóságának eszméje (Pataki, 1993). A totális rendszerben a feszültségvezetésnek nincs a hatalom felé csatornája, s így a bűnbakképzés alkalmas *elterelő útnak* bizonyul. Vannak rendszerek, amelyek „hivatalos kijelölt” bűnbakkal dolgoznak, mint a Két Perc Gyűlölet¹⁰, s alapszükségletük, hogy ezek a késztetések megszemélyesítődjének, továbbá az együttes gyűlölködés is erős kohéziót biztosít. Pszichiátriai osztályokon a projektív identifikációs működések révén mindennaposan keletkeznek bűnbakképzési dinamikát generáló helyzetek. A szerep-, pozíció- és hatalomvesztés helyzetei mindig nagy számban kínálják a bűnbakjelölteket. A zártosztályra kerülés definitíve ilyen helyzet a páciens számára. S témánk is egy ilyen átmeneti helyzetről szól: csoportot indítani, a csoportterápiás alapelveket bevezetni, a hierarchikus, autokratikus rendszert reflektívvé alakítani a pszichiátriai személyzet

¹⁰George Orwell az 1984-ben leír egy sajátos *regressziós* együttlétet az amúgy individualizáltan létező egyének részvételével. Ez a *Két Perc Gyűlölet* (Orwell, 1989), amelyen kötelező a részvétel, s elkerülhetetlen a bevonódás a közellenséggel szembeni őrző gyűlölködésbe, majd a katarzis után a Nagy Testvér dicsőítésének rítusa következik. A helyzet része a láthatatlan hatalom által irányított, egyirányú kommunikáció, a résztvevők *egymás közti érintkezésének tilalma*, a koncentrált, katartikus erővel ható bűnbakképzés, a vezérre hirtelen hasítással váltó idealizációs késztetések homogenizáló hatása, s mindezek mellett a láthatóság csapdája.

számára a szerepei, a hatalmi pozíciói részleges elvesztését jelentik. Bűnbak szerepbe ezáltal könnyen kerülhet a csoportvezető is, hisz az átalakuló – vagy épp az átalakulás ellen védekező – rendszerből adódó büntudati nyomás és a saját büntudati kapacitása felerősítheti egymást.

A pszichiátriai kezelés a modern megközelítésben a betegségfolyamat bizonyos mértékű *megértését* feltételezi: pszichoterápiás irányultságban a pszichodinamikai, kognitív folyamatok azonosítása zajlik, biológiai pszichiátriai megközelítésben a receptorszintű folyamatok, a pszichofarmakon hatások és mellékhatások, genetikai faktorok egyéni szintű, a páciens *egyedi* reakcióinak megfelelő felismerése szükséges. E megértésre törekvő alapállás ellentétben áll a kialakult és ma is általánosan jellemző kezelési rendszerek struktúrájával, hierarchikus berendezkedésével.

A csoportterápia elméletei az ideális körülmények között működő csoportokról szólnak, s a csoportvezető igyekszik a csoport kereteit – elsajátított tudásának megfelelően – ehhez az ideálishoz közelíteni. Ugyanakkor a gyakorlatban sosem ideálisak a körülmények. A pszichiátriai osztályos közeg egy szélső helyzetnek felel meg és felmerül a kérdés: milyen lehetőségek, kényszerűségek jelennek meg zárt rendszerben, mint a zárt osztályos pszichiátrián működő csoportok esetén. *Szélső helyzet* ez abban az értelemben, hogy a csoportozás alapján „demokratikus” műfaj, az ideális működéshez a közegnek, az intézményi környezetnek kellő nyitottsággal kell rendelkeznie. Habár a csoportterápia a pszichiátriai osztály működésében alulreprezentált, gyakran diszfunkcionális, a csoportvezetői szerep bizonytalan, a csoporthatárok fenntarthatósága esetleges, mégis a pszichiátriai osztály számára a csoportterápiás megközelítés az osztályos rendszer fejlődését segítő többlet forrást jelent. A csoportszemlélet révén átmeneti struktúrák és működésmódok jönnek létre.

A zárt és nyílt rendszerek tisztább megkülönböztetésével pontosabban meghatározhatjuk a csoportműködések kívánatos helyét, hisz a két absztrakt véglet között a valóságban átmeneti formákkal találkozunk. Két ilyen típus a strukturálisan zárt osztályos rendszer nyílt működési jellemzőkkel (*félzig zárt*) és a nyílt alaphelyzet zárt jellemzőkkel (*félzig nyílt*). Egy újonnan indított osztályos csoport révén is eltolódhat a hagyományos osztály működése, félzig zárttá válhat, s ide sorolhatóak a szigorú, de önként vállalt rendszabályokkal dolgozó (pl.addiktológiai) kezelési rendszerek. A félzig nyílt típust példázza az a tapasztalat, hogy a zárt osztály térbeli megkisebbitésével, nyílt részleg létrehozásával, kibővítésével együtt a rendszer működésmódja, attitűdje nem alakul át automatikusan.

	<i>Zárt struktúra</i>	<i>Nyílt struktúra</i>
<i>Zárt funkció</i>	zárt osztály (kényszerkezelés, felügyelet) nagyvizit	<i>félíg nyílt</i> „pszeudo nagycsoport” (szankcionáltan kötelező részvétel, hatalmi személy vezető, direkt szankciók)
<i>Nyílt funkció</i>	<i>félíg zárt</i> új kics csoport hagyományos rendszerben (fellazító hatás), „alkoholelvonó kúra” (önkéntes kezelés, felügyelet, önkontroll, egyéni felelősség)	pszichoterápiás rezsim reflektív nagycsoport (felelősségvállaláson alapuló részvétel és szabad megnyilvánulás)

Átmeneti jellegű rendszerek
2.táblázat

Ezek az átmeneti formák egy több évtizedes rendszerfejlődés állomásai, lenyomatai. E változás meghatározója az az ellentmondásos szociokulturális és jogi változási folyamat, mely a pszichiátriai intézmény humanizálását és a társadalmi előítéletek változását tartalmazza. Ma a pszichiátriai osztályok jó része félíg nyílt jelleggel működik. Az általános „nyitási” trenddel, a pszichiátriai osztályok önállósodásával gyakran nem járt együtt a személyzet szemléletváltása, a kompetenciájának és autonómiájának növekedése, s a következetes működtetés nehézségekbe ütközik. A félíg nyílt rendszerben a nyílt struktúrák kialakítása mellett hiányos tehát a funkcionális változás: az ajtók kinyílnak, de a kommunikáció nem válik nyílttá. A finomításban fontos helye van a csoporthelyzeteknek, amelyek facilitáló hatásúak a rendszer érési folyamatában, az osztályos kultúra változásában. Az osztályos struktúrába beépült csoportok stabil működtetéséhez, tartalmi integrálásához a csoportvezetői szerep tudatossága szükséges.

A panoptikus modellt a terápiás vagy személyzeti csoportokkal, mint sajátos együttes helyzetekkel összehasonlítva a különbségek szembetűnőek (3.táblázat).

A participációs elmélet egyik alapgondolata arra az evolúciós előnyre vonatkozik, amely a kommunikatívban való részesedésből származik. Az egyensúlyi viszonyok, forráselosztás mint az evolúciós paradigmán belüli leírás arra is módot adott, hogy a participációs elmélettel kapcsoljuk össze az osztályos leírást. A forráshoz jutásnak, forráselosztásnak azért is költséghatékonyabb módja a terápiás csoport és a reflektív csoporthelyzet, mivel nagyobb eséllyel hozza létre a többletfelkészültséget adó kommunikatív feltételeit. A továbbiakban ennek a kommunikációnak a feltételeivel foglalkozom.

	PANOPTIKUM MODELL	CSOPORT
térbeli elhelyezkedés	kör, középpontban a vezető	kör, széli, egyenrangú pozíció
együttes helyzet	zártosztályos lét, vizit	csoportülés
releváns rendszer jellege	totális	demokratikus
fő működés	fegyelmezés	reflexió, megértés
hatalom	láthatatlan, személytelen	relatív transzparencia
vezetői funkció	kontroll	nyílt kommunikáció elősegítése, biztonság nyújtás
vezetői szerep	ellenőrző megfigyelő	csoportvezető
fizikai és lelki „mozgástér”	alávettettek és felügyelőnek egyaránt szűkre szabott	kitágult, fantázia, potenciális tér
láthatóság	teljes	autonóm korlátok, rejtett belső folyamatok
projekciós felület	a hatalmi személy	széles, lélektani munkára alkalmas projektív mező
projekciók jellege	fenyegető	biztonságos közegben differenciált (áttételi) minta
kommunikáció	egyirányú, kontrollált	hálózatos, nyílt,
nyilvánosság	hiányzik	specifikus módon létrejövő
kapcsolati minták	függőség	kiegyenlített, kezelési kapcsolat
szabályok jellege	normatív	orientáló
cselekvés következménye	azonnali minősítés	megértési folyamat
szankció	azonnali, direkt, normalizáló	közvetett, keretfüggő
szabálykövetés	szankció elkerülésére introjekció, azonosulás	autonóm

A panoptikus modell és a csoportterápiás modell összehasonlítása
3.táblázat

2.A CSOPORT MINT SZÍNTÉR

A betegség mint probléma kezelésére az ágensek részvételével színterek szerveződnek, ezek közül részletesen foglalkoztam a pszichiátriai osztályos színtérrel. A hierarchikus elrendezés mellett dominál az individuális kezelési helyzet, amelyben egyéni kezelő és egyedi páciens találkozik. Ennek az individuális kezelési színtérnek nincs meg az a komplex, reflektív kapacitása, amely az egyéni pszichoterápiás helyzet sajátja¹¹. Kisebbséggel jön létre kezelő és páciens közös perspektívája, vagyis kevésbé képesek kölcsönösen reflektálni a betegségre. Az osztályos szinkronizációs mechanizmusok jelentős részben a rendszer önfenntartására irányulnak és nem a betegség reflexiójára.

¹¹ Osztályos közegben eleve nehezebb létrehozni egyéni pszichoterápiás folyamatot, a terápiás tér jelentősen átalakul a közeg hatására

A csoport olyan szintér, amely reflektál a betegségre. A csoportra mint sajátos szintérre jellemző, hogy az ágensek potenciális térrel rendelkeznek és maga a csoporttér is potenciális térként működik, "mintha" kommunikációt tesz lehetővé. A csoport explicit tematizáció nélkül is reprezentálja a betegségre vonatkozó tudást illetve a rekonstrukció így is lehetséges. A betegségnek a szintéren létrejövő rekonstrukciója tartalmazza azt a lehetőséget is, hogy nincs szó betegségről.

2.1.A "mintha" kommunikáció feltételei a pszichiátriai osztályos közegben

A mintha kommunikáció feltételei között három tényezőt illetve tulajdonságot emelek ki és írok le részletesen: a potenciális tér sajátos kapacitás, amely meghatározó eleme a pszichoterápiának; a megértés és közvetlen megvalósulás viszonya, egyensúlya, amely által a pszichoterápiás attitűd illeszthetővé válik az osztályos közeghez; továbbá a résztvevő megfigyelés mint hétköznapi attitűd, amely a reflektív munkamód alapja.

Az etológiai vonatkozásoknál már utaltam rá, hogy a merev hierarchikus, zártosztályos rendszer alapvető jellemzője az egyéni viselkedés, cselekvés direkt kockázata. Az interakció szintjén túlsúlyban vannak a közvetlen megvalósulású folyamatok (pl.utasítások végrehajtása, normaszegés szankcionálása, stb.). A terápiás aktivitásokhoz, a terápiás változáshoz viszont szükséges az a tágabb szimbolikus közeg, ahol a jelenségek több eltérő jelentésváltozata is megjelenhet, a jelentésadás mint a terápiás változás kulcstényezője, kevésbé kötött. Ez a kötetlenség teszi lehetővé a személyességet, a személyreszabott terápiás aktivitást, a terápiás keret adaptív kidolgozását. A direkt megvalósulás alternatívájaként szükségesek a mintha jellegű kommunikációk körülírt helyzetei.

A potenciális térhez kötött mintha jellegű kommunikáció azáltal válik lehetségessé, hogy az ágensek számára a kommunikátumok egy részének jelentése nem eleve rögzített, például intézményi kód által, hanem van egy mozgástere annak, ahogy közös értelmezésre jutnak. A potenciális térrel rendelkezés képessége ezt a rugalmasságot feltételezi, azt az attitűdöt képes felvenni az ágens, hogy a dolog jelentése változhat, alakulhat, legyen szó egy gyógyszer egyedi hatásáról, egy orvosi utasítás értelméről vagy tüneti kommunikációról. Ez az attitűd pontosan megfelel annak a kutató attitűdnek, amely a Clifford Geertz (1994) által részletezett sűrű leírás koncepciójában ölt testet.

A potenciális tér fogalma azért is alkalmas ennek az attitűdnek a megragadására, mert egy általánosítható szemiotikai szinten tartalmazza a szabadabb jelentésadás lehetőségét. A winnicotti gondolatmenet az átmeneti tárgyból mint empirikusan megfigyelt jelenségből indul ki: az átmeneti tárgy sem a csecsemőhöz, sem az anyához nem tartozik, egyik sem birtokolja, de mindkettőhöz is tartozik egyszerre. Ez a jelentésadás felől azt teszi lehetővé, hogy a csecsemő és az anya közötti direkt megvalósulást implikáló interakciók mellett, mint amilyen például a szoptatás illetve annak elmaradása (Terenyi, 2007a), a köztes tér is 'teret kapjon'. Az ebben a köztes térben megjelenő tartalmak azáltal, hogy egyik ágenshez sem tartoznak kizárólagosan, mentesülhetnek a direkt kockázatoktól, direkt megvalósulástól.

A pontenciális térnek ez a tulajdonsága a közvetítési funkcióban ragadható meg, ami által szemiotikailag leírható az átmeneti tárgy (Winnicott, 1999) mint jel. Mikael Leiman finn pszichológus a pszichoterápia szemiotikai elemzése során többek között Winnicott és Vigotszkij koncepciói között ismert fel koherens összefüggéseket (Leiman, 1992). Felidézi Vigotszkij példáját a *mutatás* gesztusának alakulásáról. Eszerint a kezdeti kételemű rendszer (a csecsemő cselekvése egy tárgy sikertelen megragadása) megváltozik az anyával való interakcióban: ekkor már nem a tárgyra irányul, a cselekvés gesztussá válik egy másik személy számára (mutatás). Ez azt jelenti, hogy az elsődleges jelentést a „másik” hozza létre. Amikor a gyermek képes a szituációt egészben összekapcsolni (én, tárgy, anya), akkor fogja a mozdulatát mutatásnak érteni, amely aztán egyszerűsödik, valódi, a számára és a másik számára értelmes gesztussá válik. Szemben Vigotszkijjal, aki az objektivitást adottnak tekinti, amelyet a csecsemő internalizál a felnőttel való interakcióban, Winnicott a realitást egy összjátéknak látja a (valóságos) „adott” és a (kapcsolódás révén) kreatívan „létrehozott” között az interszubjektív térben. Ez a „*létezés harmadik területe*”, amelyben egy szimbólum bukkan fel az egység és szeparáltság találkozási pontján. Az átmeneti tárgy szerepét a fejlődés exponált jelenségében, a közvetítésben Leiman nyomán így összegezem: az átmeneti tárgy mint az *egybeolvadás jele* (as a sign of union) kap jelentést a szeparáció során; ugyanakkor a megosztott realitásban *objektívan létezik*, akár fizikai, akár szimbolikus tárgyként.

Fontos a közvetítés fejlődő jellege: maga a közvetítés is változik, mivel a belső és külső közötti megkülönböztetés fejlődését közvetíti. Minden jelölési aktus tartalmaz egy hármast, két személy és a tárgy között. Ez a közvetített együttcselekvés alakítja ki az interszubjektív teret. Minden jelentés ezen a fejlődő, interkommunikációs téren belül generálódik, amelyben egyben van az, ami látszik, azzal, ami még nem látszik; és amely praktikus tranzakciókat, tapintható

tárgyakat jelekké transzformál és viszont. A potenciális térbe kerülő átmeneti tárgy lényegében a szemiotikai hármast konstellációt teszi lehetővé.

Példa

A nagycsoporton nincsenek bérelt helyek, a személyzet és a páciensek véletlenszerűen, szabadon ülnek le, az adott csoport hangulata, a létszám, az érkezés-késés szabad zajlása hozza létre az aktuális "ülérendet". Vannak, akik minden ülésen ugyanoda ülnek, feltéve, ha üres a hely, amikor érkeznek. Van néhány kitüntetett szék, például a térelválasztó elemek fali csatlakozásánál lévő 2-2 szék, mivel ezek némileg takarást engednek a rajtuk ülőknek, ezt némelyek kihasználják, "elbújnak". A kameramanként működő egyik személyzeti tag funkcionálisan rögzített, állandó. A nagycsoport vezetőinek szokásosan van egy praktikus elhelyezkedése, egymással szemben, az ovális alakzat rövidebbik átlója mentén szoktak leülni, többnyire a csoporttagok hagynak helyet a vezetőknek, de esetenként ez is változhat. Egyvalaki helye vált az idők alatt rögzítetté, azé a kollégáé, aki mozgásszervi betegség miatt nehezen mozog és egy bizonyos típusú széken tud csak hosszasan ülni. Ő a nagycsoportra előre "helyet foglal", a számára kényelmes székre egy hirdetőújságot szokott elhelyezni, érkezéskor leül és a szék alá teszi azt. A székre helyezett lap indexikus jelként funkcionál, azt mutatja, hogy a szék foglalt, s egyben el is foglalja azt, az újságra nem ülne rá senki. A megjelölés aktusa idővel rögzült, a szék eltérő alakja és a szokásos történés is beépítette a nagycsoport forgatókönyvébe a helyfoglalást. A kolléga ezzel a rutinnal ugyanakkor túlbiztosít: nagy valószínűséggel a csoporttagok az ő székét is meghagynák, ahogyan a csoportvezetőket, de ez mégis kipróbálva. A megjelölés kizárja azt az esetet, hogy a személyzeti tag szükséglete – az a bizonyos szék – azáltal váljon témává, hogy esetleg frusztrálódik. A személyzeti tag kívánsága minden esetben teljesül, a megjelölésben lévő hatalmi momentum biztosítja a megvalósulást. Ha megjelölés nélkül nem kapná meg a helyet a személyzeti tag, akkor a csoport terében volna szükség annak a kidolgozására, nyílt vállalására, hogy a személyzet rászorul valamire. Ez az esendőség – a korlátozottság, mint nyilvánvalóan látható jellemző, stigma és a munkaeszközként és kényelmi eszközként szükséges székre mutató igény együttese – volna látható a nyílt interakcióban (transzparencia). De ez az esendőség – korlátozottság és annak reflexiója nem látható, így a csoportülés idejében csak a szék alá került, immár ikonikus jelként működő újság utal a történésre és a viszonyra.

2.1.1.A pszichoterápia kognitívista értelmezése

Kognitív tudományos és fejlődéslélektani analógiák árnyalják a pszichoterápia értelmezését hierarchia/reflektivitás dimenzióban. A pszichoterápia sokféle értelmezési lehetőséget nyújt. Segítő kapcsolat, gyógyító eljárás, tudattalan lelki folyamatokat felszínre hozó erőtér, a viselkedés befolyásolásának eszköze, két/több ember sajátos közegű antropológiai találkozása. Kiemelendő, hogy a pszichoterápia *tanulási folyamat*, ennek során mind a páciens, mind a terapeuta változáson megy keresztül a módszerspecifikus hatótényezők mentén. E tanulási szint számára a kapcsolati szint, a nem specifikus tényezők szintje szolgál háttérül. E kétféle szint elkülönítése didaktikus célú, hisz a terápiás folyamatban a két szint összemosódik, valójában a *kapcsolat tanulása* zajlik. Ugyanakkor épp ez az összemosódás jelenti a dolog lényegét.

Az emberi megismeréssel foglalkozó kognitív tudományon belül a számos elméleti megközelítés és megismerési modell durván két irányzatba tagolódik (Pléh, 1998). Az egyik a *klasszikus kognitívizmus*, melynek jellemzője, hogy a megismerést szimbólumok manipulációjaként fogja fel.¹² A modell *redukcionista*, az emberi gondolkodást véges számú műveleti típusra vezeti vissza, megoldatlan problémája az, hogy az eredeti szimbólumok keletkezése, azaz az eredeti jelentésadás hogyan valósul meg.

A másik jelentős irányzat a megismeréstudományon belül a *konnekcionizmus*, melynek egyik, a 90-es évektől sokat tárgyalt modellje a *párhuzamos megosztott gondolkodás* (PDP).¹³ E hálózati modell alkalmas arra, amire a szimbólummanipulációs modell, tehát a *jelentések tárolására, rendezésére, aktiválására, változására, de nem jeleníti meg azokat*, vagyis e modellben a megismerési-tanulási folyamatban nem szerepelnek szintaktikai entitást képező szimbólumok. Éppen ez az *átlátszatlanság* teszi lehetővé, hogy a hálózat párhuzamosan több mintázattal is dolgozzon, s ugyanakkor a modell választ ad a szimbólum lehorgonyzás problémájára azáltal, hogy nem tekinti azt alapszükségletnek a megismerési folyamatban.

¹² Itt a szimbólum fogalom redukált, ugyanakkor tágabb értelmű, mint ahogyan azt a humán tudományokban s a pszichoterápiában használjuk. A kognitívista modellben a megismerés az adott szimbólumokkal végzett *szintaktikai műveletek* révén történik, további jellemzője az, hogy a tudást minden esetben kijelentésekbe, *propozíciókba* szervezhetőnek tekinti, illetve hogy a tanulási-megismerési folyamat *szekvenciálisan* zajlik. Mindeközben a szimbólum tartalma, tehát a jelentése rögzített, s a gondolkodási-megismerési folyamat végeredménye új szimbólum létrejötté.

¹³ E hálózati modell követi az idegrendszer felépítéséről alkotott neurobiológiai elképzelést, a *neurális hálózat* analógiájára adott *aktivációs értékkel* bíró hálózati pontokat, elméleti neuronokat tételez, melyek *komplex, önszabályozó, tanulásra képes* rendszert alkotnak. A hálózati pontok aktivációjának eredőjeként a hálózatban *aktivációs mintázat* alakul ki, s a rendszer változását, a tanulást e mintázat *súlyviszonyainak* eltolódásai adják. Ez a mintázat rendelkezik egyfajta jelentéssel, amely a tanulási folyamat során az aktivációs mintázat módosulásával változik, ugyanakkor a rendszerben nem található meg az egyes jelentésekhez hozzárendelhető entitás.

A klasszikus kognitivistai modell és a radikális konnekcionalista modell látszólagos elkülönülése, kibékíthetetlenége ellenére léteznek a két rendszert *integráló modellek*.

Legvalószínűbb az, hogy az emberi gondolkodás, megismerés két eltérő működési módjáról van szó, s a hálózati modell, mint a biológiai szubsztrátumhoz közelebb álló szint modellje képes kialakítani a szimbólikus szintnek megfelelő működésmódot is, s ezáltal klasszikus rendszerként is képes működni.

Mi köze mindennek a pszichoterápiához? A terápiás folyamat kiemelt két szintje megfeleltethető a két kognitív modell szintjének. A tanulási folyamat módszerspecifikus tényezőkön alapul, sajátosan kialakított fogalomrendszer, hatásmechanizmus jellemzi. Az egyes pszichoterápiás irányzatoknak megvan a saját szimbólumrendszerük, s a terápiás változást is ebben a fogalomrendszerben helyezik el. A terápia során e szimbólumrendszert összekapcsolják a páciens saját világával, a saját kultúrájában meghatározott identikus szimbólumaival, s a változás abban áll, hogy új szimbólumokat dolgoznak ki, vagyis szimbólummanipulációt végeznek. Mindez időben is elhelyezett, szekvenciális folyamatként valósul meg. Az analitikus terápia az élettörténeti eseményeknek, mint emlékként azonosítható szimbólumoknak ad új jelentést, a kognitív terápia az aktuálisan létező sémákat fogalmazza át, az NLP a viselkedés mikroanalízisében dolgoz ki új mintákat, stb.

A terápia *kapcsolati szintje* ettől jelentősen eltérő jellemzőkkel bír. A kapcsolat mibenlétét, mélységét, az érzelmi hangoltságot, a kötődés-autonomia egyensúly aktuális szintjét a konnekcionalista modellhez hasonló szövevényes hálózat hozza létre. Fontos jellemzője az egyidejűség, pontosabban *azonos idejűség*, amely a szimbólikus szint szekvenciális munkamódjával szemben párhuzamos működésre ad lehetőséget. Ahogyan a konnekcionalista modellben a hálózat aktivitási mintázata is rendelkezik jelentéssel anélkül, hogy szemantikailag értelmes szintaktikai, műveleti egységekhez lehetne kapcsolni e jelentést, a pszichoterápiában a kapcsolat is működik, működhet anélkül, hogy ennek megfogalmazható, szemantikusan értelmes jele lenne. Ezek a jellemzők az úgynevezett *implicit kapcsolati tudás* fogalmában is jelen vannak (Pető, 2003, Erdélyi, 2005)

Jól példázza e kétféle szint eltérését a Peterfreund által kifejtett sztereotíp és heurisztikus terapeutai munkamód különbsége, melyet Blümel Ferenc tanulmánya elemez (1993). A *sztereotíp munkamód* jellemzője, hogy a terapeuta a terápiába kívülről hozott, kész munkamodellekkel rendelkezik, a megszokottat keresi, az általa használt fogalom- és

szimbólumrendszerben helyezi el a páciens, s ily módon „érti” annak problémáját. A terápia eszerint arról szól, hogy a páciens értse meg a terapeuta által feltételezett, törvényként működő elmélet által redukált jelentést és illessze saját komplex, változatos jelentéseket igénylő élményeihez.¹⁴ A sztereotíp munkamód *algoritmikus stratégiát* valósít meg, lépésről lépésre előírja az elvégzendő műveleteket. Mindez jó közelítéssel analóg a szimbólummanipulációs kognitív modellel és eltér a *heurisztikus munkamódtól*, amelyben a *felfedező stratégia* lehetővé teszi, hogy a páciens komplex világában rejlő perspektívák kibontása legyen a cél. Ez a munkamód a konneccionista modellhez áll közel.

A pszichoterápiában létező számos irányzat számos eltérő gondolkodási keretben helyezi el a páciens tanulási folyamatát, eltérő csomópontokat emelve ki a páciens élményezőjéből. Ugyanakkor egy irányzathoz számos különböző elméleti alapvetés tartozhat az egyes iskoláknak megfelelően. A terapeuta mindezen iskolákat, elméleteket megtanulja, értelmezi, elhelyezi saját terápiás működésében, s a terápiás helyzetben mindezek az elméletek a *fejében vannak*. A terápia során adott reakcióit saját személyiségpatológiáján túl ezek az elméletek határozzák meg, ugyanakkor az, hogy épp melyik csomópont kap hangsúlyt az adott kontextusban, a dolog komplexitásánál fogva nem kezelhető a klasszikus kognitivisták modellben. A párhuzamosan jelenlévő elméletek, hipotézisek súlyviszonyainak változása adja a terapeuta aktuális reakciójának egyik alapját. Ez tipikusan megfelel a konneccionista hálózati modell működésének. A terapeutai reagálás másik alaptényezője, a saját pszichopatológia hasonló módon hat, az aktuális súlypontjainak megfelelően. A *résztevéő megfigyelő* koncepciója szerinti terapeutai működés, amelyet a pszichoanalitikus technika megfigyelő én és résztvevő én oszcillációjaként jelöl, el sem képzelhető másképpen, mint ahogyan azt a párhuzamos feldolgozás során a neurális hálóban zajlik.

A kognitív tudomány kritikus pontja, a klasszikus kognitívizmus utáni elméletek fő csomópontja a percepció-belső reprezentáció átmenet, a *lehorgonyzás* (Hernád, 1996). A klasszikus elmélet *szimbólumkezelő rendszerként* fogta fel az embert is, de nem oldotta meg azt a kérdést, hogy a szimbólumok hogyan keletkeznek. A korábban leírt direkt megvalósulás által jellemzett interakciók sajátos példái a lehorgonyzásnak, jelentésadásnak. A potenciális térrel rendelkező helyzetek is létrehozzák a valósághoz való lehorgonyzást, de csupán belső reprezentációknak egy választékát eredményezik és nem egy jelentést/dolgot kapcsolnak szorosan a szimbólumhoz.

¹⁴ Ez a modell is leírható a diagnózisadásról szóló szakaszban leírt szimbolikus szignifikációval.

A csoportegész (Karterud, 2003) is értelmezhető ilyen szempontból. A csoportnak mint önálló entitásnak, rendszernek van egy úgynevezett előtere, amikor még csak fantáziában létezik, szerveződik, amikor csak a leendő csoportvezető, majd a leendő csoporttagok fejében létezik belső mentális *reprezentáció*ként, illetve a környezetben mint szociális reprezentáció. A csoporttá válás folyamata egyszerre pszichodinamikai, szociálpszichológiai, individuális, rendszerszintű jelenség. Az első csoportüléstől reálisan is létezik a csoport, abban az értelemben, hogy adottak a keretei, a feltételei, hogy csoportként működjön az az alakulat, amiben azok az emberek részt vesznek. Fontos kihívás a csoportvezető számára, hogy hogyan ragadható meg az a pont, ahol a belső reprezentációk a csoporton belül megosztottá válnak a tagok között, majd a megosztott reprezentációk az interakció és az önfejlődés során átalakulnak, új értelmet nyernek. Ennek része lehet az a feltételezett mozzanat, amikor a résztvevők magukkal hozott belső világa, a köztük zajló interakció és a keretek együttesen új minőséget hoznak létre. Ez egy értelmező/átértelmező, konstruáló folyamat.

A csoportegész fejlődéséhez fejlődéslélektani analógia is adódik, *Piaget* fejlődéslélektana (Pléh 1998), a genetikus episztemológia, amely a gyermek önfejlődése alapján minden szerveződésünket úgy képzei el, mint konstrukciót a személy erőfeszítései révén.¹⁵ Ha a csoport fejlődését is ez alapján fogjuk fel, akkor az interakciók során azt kell figyelni, hogy az asszimilációs és akkomodációs folyamatok hogyan jelennek meg, mikor hoznak egyensúlyt és mikor hoznak új minőséget az egyensúly illetve az adaptáció számára. Az egyik szint az egyén szintje. A csoporthoz való adaptáció érdekében saját sémáihoz igazítja a csoportból származó adatokat, illetve a saját sémáit alakítja át oly módon, hogy az a csoportban való alkalmazkodást segítse.

Ha a csoportot önálló létezőként fogom fel, amely a tagok realitásától eltérő minőséget képvisel, önálló selfje van, hipotetikusán két lehetőség adódik: a fejlődést biztosító adaptáció összetevői, asszimiláció és akkomodáció egy, a csoporton kívüli realitással kapcsolatosak. Ez úgy képzelhető el, hogy a csoportnak van egy környezete, részben a keretből adódóan a működés környezete, a funkcionális környezet, intézményi környezet, amely kívülről, mint csoportegészhez, aktorhoz viszonyul, részben pedig minden tagnak külön-külön is megvan a saját életében, realitásában is a környezete. A csoportszintű realitásteremtés, adaptáció megvalósulhat ezen a vonalon. A másik lehetőség illetve aspektus az, amikor a csoportülésen, a

¹⁵ Az ismeretelmélet kanti programja alapján a megismerés a kereteket adó sémák és az adatok közötti kölcsönhatás eredménye, az adaptáció az asszimiláció és az akkomodáció egyensúlyából származik. Az asszimiláció során a saját meglévő rendszerünkhöz igazítjuk a kívülről kapott adatokat, az akkomodáció során a saját sémáinkat illesztjük a környezethez.

csoporton belüli interakciók során a jelenlévő tagok által képviselt, a csoport színterén megjelenített külső realitás jelenti az adaptációs alapot, amelyhez képest a csoport, mint egész viszonyul, asszimilációval, akkomodációval. A csoportanalitikus csoportelmélet alapján joggal képzelhető el, hogy az egyéni megszólalás a csoportban többféle realitásban is releváns, hatékony, értelmezhető, s Kernberg (1992) csoportvezetői vonatkoztatási rendszereit áttekintve éppen erről van szó. A csoport önfejlődése tehát abban állhat, hogy a csoporton belül képződik egy virtuális, másodlagos, kvázi külső vagy kvázi belső realitás, amelyhez képest az adaptációs folyamat zajlik, s önmaga képez egy fejlődési támpontot és egy fejlődő ágenszt.

A klasszikus kognitív és a konnekcionista megközelítés olyan modellek, amelyhez szerkezetében nagyon hasonló dichotóm fogalomkészleteket és működési mechanizmusokat tudunk azonosítani a fejlődéslélektani elméletek történetében továbbá a dolgozat témájához szorosan kapcsolódó intézményi csoportokat érintő csoportdinamikában.

Az ötvenes évektől explicitté váló, csecsemőmegfigyelésen alapuló pszichanalitikus fejlődéslélektani elméletek a kilencvenes évektől kritikai változáson mentek keresztül. A Margaret Mahler nevével fémjelzett korai tárgykapcsolati elmélet, habár meghaladta a freudi, patomorfizáló kiindulást, egyes megállapításai mégis későbbi revízióra szorultak. Az újabb self-elméletek többek között Daniel Stern nevéhez fűződnek. A két elméleti leírás¹⁶ jellegzetesen dichotóm, ugyanazt a szerkezetet mutatják, mint a klasszikus kognitív és a konnekcionista leírás. *Mahler* (1993) szekvenciálisan képzei el a csecsemő fejlődését; egy központi aktív feldolgozó egységet képzei el tárgykapcsolati alapon, amelyet a self vagy az én valósít meg; a fejlődést ennek a központi egységnek a funkcionális, időben leírható, egymást követő változásai jelentik; egységesnek fogja fel a fejlődést illetve a selfműködéseket, vagyis, azt tételezi, hogy egy közös nyelvre fordítódik át minden, nem csupán az elmélet írja le minden stádiumban a tárgykapcsolati vonatkozásban, hanem a csecsemőt is úgy képzei el, amely a tárgyhoz viszonyít minden működést. *Stern* (2001) párhuzamos selfállapotokat azonosít; a selfet nem egy központi egységként, hanem a csecsemő reflexióiként értelmezhető selférzetekként azonosítja; a fejlődést a különböző selférzetek megjelenése, egymásraépülése, párhuzamos kapcsolódása adja; szupramodális érzékelést ír le, amely a különböző érzéskvalitások közötti párhuzamosságot hangsúlyozza; a self mint perceptuális, inger, reakciómintázat jelenik meg.

¹⁶ amelyből mindkettő közvetlen empirikus megfigyeléseken alapult, de Mahler esetében beteg gyerekekről, Stern esetében egészséges csecsemőkről van szó.

Mahler	Stern
szekvenciális, lineáris	párhuzamos selfállapotok
egy központi aktív feldolgozó egység: a self vagy az én	a self: a csecsemő reflexióiként értelmezhető selférzetek
fejlődés: a központi egység funkcionális, időben leírható, egymást követő változásai	fejlődés: a különböző selférzetek megjelenése, egymásraépülése, párhuzamos kapcsolódása
egységes selfműködés: egy közös nyelvre fordítódik át minden tartalom	szupramodális érzékelés: a különböző érzéskvalitások közötti párhuzamosság
tárgykapcsolat: a csecsemő a tárgyhoz viszonyít minden működést	a self mint perceptuális, inger, reakciómintázat jelenik meg

Fejlődéstani koncepciók
4.táblázat

Stern expliciten is egy konneccionista modellben gondolkodik, amikor így ír: „Az amodális képviselő (*reprezentáció*, a szerző megjegyzése) a neurális tüzelés sűrűségében bekövetkező változások időmintázatából állhat.” (Stern, 2001, 68.) A potenciális tér koncepció szintén koherensen értelmezhető a konneccionista modellben.

Az előzőekben végigvitt analógia alapján hasonló viszony látható a társas rendszerek tipikus mintái között, azaz a társas rendszerek is kategorizálhatók eszerint a dichotomia szerint. Táblázatban foglaljuk össze a jellemzőket.

CENTRALIZÁLT RENDSZER	HÁLÓZATOS RENDSZER
minden esemény érzékelése és reagálása a központi egységen keresztül	nincs központi egység
minden lépés lineárisan, időben egymás után	bemeneti minta nem reprezentálódik egyetlen struktúrában sem
akut pszichiátriai osztályon a központi egység az osztályvezető, illetve kiterjesztései	párhuzamosan zajlódnak a rendszer folyamatai
a vezetői hatás akkor is érvényesül, ha látszólag direkt módon nem avatkozik be a folyamatba	a hálózatot alkotók kapcsolati elrendezése hozza létre azt a mintázatot, amely a válasz alapját képezi

Társas rendszerek I.
5.táblázat

A pszichiátriai osztály merev hierarchikus rendszerének tiszta ellenpontja a pszichiátriai intézményrendszerben valójában a közösségi pszichiátriai ellátás. A témában exponált osztályos csoport forma mintegy a két strukturális/funkcionális minta között helyezkedik el.

	CENTRALIZÁLT RENDSZER	CSOPORT	HÁLÓZATOS RENDSZER
forma	akut osztály	rehabilitációs osztály	közösségi ellátás
struktúra	központi egység (o.v.)	csoporthoz vezető és tag	segítők hálózata
folymat	lineáris	szekvenciális	párhuzamos
információ	totális	rejtett, feltárható	nyílt
információáramlás	egyirányú, kontrollált	hálózatos, irányított	hálózatos, szabad
központi történet	akut kényszerfelvétel	találkozás	problémamegoldás
betegség és kezelés viszonya	kompetitív	kooperatív	preventív
kapcsolati minták	függőség	kiegyenlített, kezelői kapcsolat	hálózatos, autonom
együttműködés	zártosztályos lét	csoporthoz tartozás	team értekezlet
alapállapot	készenlét	aktivitás	párhuzamos aktivitás

Társas rendszerek II.
6. táblázat

A potenciális tér is konnekcionalista rendszer, hiszen a klasszikus kognitivisták modelljei belső reprezentációkkal dolgozik, amelyek azonban nem részei a potenciális térnek, a szimbólummanipulációs modell vagy kettős modellben (Pléh, 1998) a szimbólikus szint részeként nem illeszkedik relevánsan. Annál is inkább, mivel az ehhez a szinthez tartozó reprezentációknak éppen az a megoldatlan kérdése, hogy hogyan kapcsolódnak a valósághoz, míg a potenciális tér definitíve annak határán, átfedésében alakul ki. További érv a szimbólummanipulációs modell ellen a hordozófüggetlensége, hiszen a potenciális térben lévő átmeneti tárgyról láttuk, hogy konkrét, ingerfüggő módon alakul ki. Ez az érvelés amellyel azt is mondaná, hogy a potenciális tér *konnekcionalista* modellt valósítana meg, illetve kettős modellben a hálózatos működésű, szubszimboikus szinten helyezkedne el (Smolensky, 1996). Erre utalna az a változatosság, amelyet Winnicott is hangsúlyoz, továbbá az explicitté válható gondolkodási szabályok hiánya, az idő és térviszonyok meghatározatlan volta.

Fontos tulajdonsága egy konnekcionalista rendszernek az, hogy benne nincs elkülönült struktúra a szabályokra és a szabályok által végzendő műveletekre, hiszen az aktuális mintázat látja el mindkét funkciót. Ez a potencialitás, meghatározatlanság megfelel a potenciális tér azon tulajdonságának, hogy nem tartozik sem a külső, sem a belső valósághoz, illetve mindkettőhöz tartozik, vagyis fel sem merül a kérdés, hogy melyikhez. Jó analógia ebben a kérdésben a *játszás/játék* kettőssége. A potenciális tér jellemző, elsődleges jelensége a játszás, amely nem szabályalapú, önmagáért való, s ugyanakkor mégis egy megismerési folyamatot modellezhet (készségek tanulása, gyakorlása). Ezzel szemben áll a játék, amely szabályok által strukturált,

külső cél által orientált folyamat. A játszás tehát inkább a hálózatos modell, a játék inkább a szimbólikus modell jegyeit hordozza. Ellenérv lehet viszont az, hogy a potenciális tér *nem átlátszatlan* abban az értelemben, ahogyan a konnekcionista modell az, hiszen megélhető, tudatosítható tartalmi, vonatkozásai vannak, a transzparencia tekintetében inkább a másodlagosan ráépülő szimbólikus rendszerhez hasonlít. Ezek alapján a potenciális tér viszonylag (nem teljesen) koherensen konnekcionista jellegű rendszernek tartható.

2.1.2. Megértés és közvetlen megvalósulás kettőssége

A megértés azt a nyitott alapállású működést feltételezi, amely a történések és viszonylatok értelmezésére, sokszínű jelentéstulajdonításra és visszajelző-reflektív munkamódra irányul. A közvetlen megvalósulás során egy esemény/dolog azonnali, egyértelmű és kizárólagos jelentést, vonatkozási alapot kap, lehorgonyzódik a realitás egyetlen pontjához, szeletéhez s ezáltal lineáris oksági viszony alapján direkt következményeket hoz létre. E viszonylatnak, mint spektrumnak az egyik szélén a standard analitikus helyzetet helyezhetjük el, ahol csak a fantázia, a „lelki” számít. A másik véglet a borderline acting out, a szülőgyilkosság, a szuicidium, tehát a halálos rész objektivitása, visszavonhatatlansága. Reális élethelyzetekben e két véglet közötti változatokkal találkozunk. Ebben a szakaszban azt a viszonyt igyekszem megragadni, ami a megértésre törekvés alapvető irányultsága és a történések konkrét realitása, a „rideg” valóság tényszerűsége között feszül. Az "akciócsoport" metaforában ezt az ellentmondást kívántam sűríteni. A pszichiátriai osztályos orvos delegált szerepe is tartalmazza ezt a kettősséget.

Példa

Orvos vagyok, pszichiáter, napi munkám jelentős részében olyan helyzetekben veszek részt, amelyek kötelességszerűen a valóság tényeivel való foglalkozást írják elő számomra, erre szocializálnak. Medikalizált világ ez, tele döntési helyzetekkel, amelyekben a betegségtünetek, gyógyszerhatások, személyközi konfliktusok megvalósulása, megtörténése a hatékonyság és életben maradás szükségszerű feltétele. Minden ténynek jelentősége van a döntés szempontjából, legyen szó zárt osztályos felvételről, újraélesztésről, intézményi struktúráról. A kontroll ebben a világban nem csupán orvosi ellenőrzővizsgálatot, hanem a rendszer alapvető sajátosságát jelenti: a mozzanatokra való minősítő reagálás döntő erejű, rövidre zárt kapcsolatot hoz létre ok és okozat között, az azonnaliság kényszerével a direkt megvalósulás pályájára állít, s nem hagy mozgásteret a cselekvő-ön-megfigyelő számára.

Munkám másik felében olyan alapállással van lehetőségem dolgozni, ahol a dolgok megértése kap elsődleges hangsúlyt, vagyis a történetekben résztvevők mozgásteret megengedi azt a „luxust”, amely az ideálisan jelenidejű, reálisan utólagos, de alapvetően nem döntési kényszerrel, minősítéssel járó reflektálás lehetősége. Ilyen közeget jelent egy csoportban való részvétel. Csoportvezetőként számtalanszor találom magam szembe azzal a helyzettel, amikor reflektív munkamódra lehetőséget adó feltételek között is késztetést, kényszert érzek arra, hogy utat engedjek a megvalósulás/megvalósítás direktivitásának. Csoporttagok omnipotens orvosként, részlegvezetőként, főnökként stb. szólítanak meg, s e szerepkonfliktus gyakran csak számomra tűnik zavaró momentumnak: nehéz megtalálni az egyensúlyt a direkt segítségnyújtás álrühájába öltözött kontrollfunkció és a rendszerstabilitást segítő, dinamikai megértést facilitáló működés között.

A pszichoterápiában fantáziával dolgozunk, minden, ami történik, az elsősorban lelki történés, elsődlegesen a terápia terében kap jelentést, s másodlagos vonatkozás az, amit a valóságban implikál. Ezt tarthatjuk a klasszikus analitikus felfogásnak. A lelki változáshoz szükséges lélektani térben, amelyben a fantázia működik, nincs helye a direkt megvalósulásnak, a játékos szabályai az ettől való védekezéssel alapszanak. A beszélgetős csoportban beszélgetünk, s csak beszélgetünk: kifejezzük magunkat, de nem akciózunk, vagy ha mégis, annak is a nyitott jelentésoldala kap hangsúlyt s kevésbé a konkrét valóságtartalom.

Kétségtelen ugyanakkor, hogy a mai társadalom szocializációs közege az akcióknak, reális és virtuális megvalósulásoknak kedvez, erre szocializálódnak csoportjaink tagjai, s én magam, mi magunk is. Az akciófilm, a cybertér, a fogyasztói kultúra, az agresszív önérvényesítési technikák túlsúlya, az egészségügyi finanszírozási rendszer ellentmondásai: mind egy-egy vonatkozása, manifesztuma az azonnaliság mágikus vonzásának (Virilio, 2002, Tillmann, 1996). Ebben a kultúrában az egyén jellemző védekező stratégiája átmeneti, gyorsan cserélődő azonosításokból és idealizációkból formálódó *identitásprotézisek* (Lust, 1999) használata. Ezek az azonnal oldódó szociokulturális mintázatok immanens tartalom híján kevésbé kedveznek az értelmező, megértő attitűdnek, sokkal inkább a (látszat)akcióknak. De tudomásul kell vennünk, hogy ebben az "akciós" közegben működünk, s a pszichiátriai osztály felől ez az akciós jelleg háromrétegű: a tágabb szociokulturális közeg például a médián keresztül, a közegben szocializálódó ágensek a saját attitűdjükön keresztül illetve a merev hierarchikus osztályos rendszer a fegyelmezés munkamódján keresztül egyaránt ezt erősíti.

A már működő terápiás csoport folyamata során is, az osztályos közeg merevebb vagy megengedőbb légkörének alakulásában is észlelhetők azok a pontok, dimenziók, amelyek mentén átfordul a reflektív munka- és élménymód a közvetlen megvalósulás aktivitásába. E pontok értelmezéséhez több elméleti kapaszkodó adódik, ezek közül néhányat kiemelek azzal a szándékkal, hogy különböző hangsúlyeltolódásokkal fogalmazzam meg ugyanazt a jelenséget. Annak tudatában teszem ezt, hogy önmagában egy-egy elméleti panel is identitásprotézisként működhet, s hajlamosíthat a kizárólagos érvényesség illúziójára.

Bion csoportdinamikai leírásában a munkacsoport és alapfeltevés csoport megkülönböztetésével ugyanannak a csoportnak/osztályos közegnek két eltérő működés- és élménymódjáról van szó, attól függően, hogy a csoportcélhoz képest célirányos vagy azt ágáló működést mutat (Symington, Symington, 1999). Sajátos paradoxon, hogy a reflektív célkitűzésű terápiás csoport munkacsoport szintje ennek a reflektivitásnak a működtetése, ugyanakkor ahhoz, hogy legyen mire reflektálni, vagyis legyen mit megérteni, szükséges az alapfeltevés-csoport szintjének létrejötte is. Ebben az értelemben az alapfeltevés csoportban létrejövő „megvalósulások” (vágyteljesülések) reflektálása munkacsoport szinten zajlik. Megszokott csoportvezetői fordulat, amikor egy-egy releváns interakció megbeszélésére biztatja a csoporttagokat, ilyenkor visszakormányozza a csoportot a munkacsoport állapotába. Ennek a szakasznak a kérdése ebben a terminológiában így hangzik: Milyen külső és belső tényezők befolyásolják a munkacsoport és alapfeltevés csoport oszcillációját?

Aktus és állapot megkülönböztetése a kommunikáció leírásaiban is visszaköszön. A legtöbb kommunikációelmélet, mint például a tranzaktív illetve interaktív modell (Griffin, 2003), olyan kommunikációfelfogást tükröz, amely aktusként tekint a kommunikatívra. Ezek a megközelítések akcióként, tevékenységként, eseményként írják le a kommunikáció lényegi elemeit, azaz a felkészültség változását, változtatását emelik ki a kommunikatív lényegeként. A jelen dolgozat szemlélete a kommunikáció állapot jellegét hangsúlyozza, az ebben az állapotban elérhető, problémakezelő ágens többletfelkészültségében látja annak értelmét. Ebben a modellben a változást az állapotok különbsége adja.

A potenciális tér fogalmi keretébe helyezve a közvetlen megvalósulás azt jelenti, hogy a potenciális tér feltöredezik (Hámori, 1999), eltűnik az átmeneti jelleg, amely lehetőséget ad a gyermek (*páciens*) számára az *anyai (kezelői)* omnipotens jelenlét illúzió általi pótlására, a szorongáscsökkentésre. Vagyis a minden vagy semmi törvénye váltja fel a fantáziaműködésnek a valóság hasadékait elsimító hatását. Ez az a nyomás, amelyet az azonnali, szenvedésmentes –

pl. gyógyszerek általi – gyógyulás vágya jelent, s amely kifejezett konkurenciája pl. a csoportozás, az introspekció időigényes és nehézkes módszereinek. S ez az a nyomás, amely a hierarchia kontrollja révén az ilyen rendszerben működő csoportra, annak vezetőjére és tagjaira nehezedhet. Azt is jelenti mindez, hogy ha a potenciális tér megvalósulásának feltételeit keressük, akkor a potenciális tér állapota visszajelzést ad arról, hol tart a rendszer, a csoport e feltételek fenntartásában.

Ha a csoportvezető képes is a csoport saját terének megóvására, abban az esetben is szembetalálja magát azzal a nehézséggel, amelyet a csoporttagok saját elégtelen potenciális tere jelenthet. A csoporttag mikrokörnyezetének ágensei – családja, munkahelye, kórtermi betegtársai vagy az osztályos személyzet tagjai – elvárásaikban a szociokulturális és gazdasági hatásokat közvetítik, próbálja érvényesíteni, teljesítményelvárása a gyors gyógyulásra irányul. Korai traumatizáció, vagyis elégtelenül funkcionáló potenciális tér esetén a páciens képtelen kivédeni e direkt hatásokat. A személyzet egyik feladata a rendszer olyan finombeállítás, amelyben a potenciális teret igénylő működéseket nem lehetetlenítik el a közvetlen megvalósulást preferáló terápiás entitások.

A ma érvényesülő szociokulturális tendenciák másik jellemzője a nárcisztikus jellegű mintázatok eszkalációja. A tömegmédiá grandiózus self-képző hatása megjelenik a csoporttag egyéni patológiájában és a csoportvezető saját viszonyulásaiban is. Ennek a jelenségnek kedveznek a mindenekfelett álló tudást birtokló 'pszichiéteri' szakmánk sajátosságai, a beavatottság érzése, az esetenként idealizációba merevedő önreflexív készlet. A kulturális hatásra nárcisztikusan érzékenyített csoporttag és csoportvezető számára különösen csábító lehet az akcióközpontú, sikerorientált csoportmunka megvalósítása és szinte törvényszerű a következő nércisztikus krízis.

Csoportvezetőként megélek, megéltem csoportjaimban kríziseket, amelyek részben egy-egy csoporttag egyéni krízisével, részben a csoportfolyamat szükségszerű váltópontjaival vannak általában összefüggésben. A krízisállapotra jellemző az alternatívák beszűkülése, mely témám szempontjából egybeesik azzal az egyjelentésű kényszerpályával, amelyet a direkt megvalósulás jelent. Ebből az következik, hogy krízisben lévő csoport hajlamos e direkt munkamódra, s kevésbé érzi biztonságosnak a megértésre időt hagyó hozzáállást. Visszatérő megnyilvánulása e sürgetésnek az a kívánság, hogy a bajban lévő, esetleg az ülésről hiányzó páciensnek a csoportvezető direkt segítséget nyújtson, kitágítva csoportvezetői szerepét megmentőként lépjen fel. Rendkívül nehéz megtalálni azt a keskeny mezsgyét, ahol még

fenntartható a reflektivitás és a csoporttag számára esetleg életmentő akció is megtörténik. Az ilyen esetekre fenntartott, az egyéni ülés kérésére vonatkozó lehetőség sok esetben csupán látszólagos, éppen a krízisből származó beszűkültség miatt. Ebben az esetben a csoportvezető aktívabb szerepvállalása válhat szükségessé, mely közelebb tolja az említett megvalósulási spektrumon. Hangsúlyozandó ugyanakkor, hogy a feldolgozott krízist követő reparáció a csoportfolyamat és az egyén szempontjából előrevivő hatású, a megértést támogató értelemben is.

Példa

Nappali kórház keretében az osztályos nagycsoporton is résztvevő páciens elhúzódó egyéni krízise az alkalmazott gyógyszeres kezelés módosítása mellett szorosabb egyéni betegvezetést igényelt. A módosítások lezajlását követően az egyéni találkozók ritkábbak lettek. A nagycsoporton a mindig pontosan megjelenő páciens szokott helye egy alkalommal üres volt, az ezt észlelő, a csoportban jelenlévő terapeuta egy idő után aggódva gondolt a páciensre, mi történhetett. Az a fantáziája volt, hogy a páciens későig aludt a nagyobb dózisú gyógyszer miatt, ezért nem jön. A vészesebb fantáziája az volt, hogy megvalósította korábbi nyomasztó ötletét és önakasztást kísérelt meg azzal a kötéssel, amivel apja szuicidált. Ekkor eszébe jutott, hogy a páciens előző nap kereste telefonon, de nem tudta felvenni a telefont és nem is hívta vissza. Azonnali erős késztetést érzett arra, hogy pótolja az elmaradt telefont. Mindez – a hiányzó páciens üres helye, az aggodalomra okot adó egyéni történet valósága – a nagycsoport többi résztvevője, a csoportvezetők, páciensek, személyzeti tagok számára ebben a percben nem volt tudatos, csak a terapeuta és az üres szék reprezentálta ezt diszpozicionálisan. Az üres szék akár jelenthette volna azt is, hogy a pácienssel történt valami, vagy észrevétlenül is maradhatott. Ez a többféle jelentés a potenciális tér tulajdonsága volt. Ha a terapeuta feláll és kimegy, telefonon felhívja a páciens, akkor az ő számára a potenciális tér lehetősége elvész, rövidre zárja az üres szék jelentését, leellenőrzi a távollét okát. A felálló terapeuta a csoport számára ugyanakkor még a potenciális tér része, magyarázatot kérhet tőle, fantáziálhat róla, kommentálhatja, amely módot ad akár arra is, hogy a terapeuta közölje aggodalmát. Lehet, hogy a telefonos akció előtt megtett közlés az aggodalomról, még a potenciális térben, feloldja az aggodalmat is akár. Ebben a tétovázó, hezitáló lelkiállapotban telik egy ideig a terapeuta számára a csoport, majd a páciens benyit az ajtón és elnézést kér a késésért, leül a szokott helyére.

Az akciófilmekben áldozatok vannak. Akár az akció célpontja, akár az akció kivitelezője válik áldozattá, a néző érzelmi bevonódása biztosított. Annak ellenére, hogy az áldozat nem

valóságos és a néző tudatában van annak, hogy filmet néz, azonosulása révén mégis képes valóságghú érzelmi reagálásra. Amikor az első mozifilm nézői a pályaudvarra beérkező vonat láttán felugrottak székükből, ennek az illúziónak estek áldozatul. A filmben sajátosan megvalósuló – lemásolódó, konstruálódó, megismétlődő – valóság, mint illúzió analógiás azzal az érzékelési folyamattal, amely a csoportban, az áttételi viszonyok ismétléseivel, a vielkedésmintázatokkal, interakciókkal kapcsolatban lejátszódik. A csoportban a másik személyre adott érzelmi reakció részben a valós személyre, részben a rátevődő – illúzióként működő – áttételi mintákra vonatkozik. A csoportban a bűnbakképzés, egy csoporttag vagy a csoportvezető „beáldozása” a direkt megvalósulás szélsőséges megnyilvánulásai, amelyekben épp ezek az illúziók vesznek el.

Az általam bevezetett dichotómia – megértés versus megvalósulás – analógiás azzal a karteziánus világgéppel, amely a test és lélek dualista felfogását, szétválasztottságát, szétválaszthatóságát vallja. Az orvosi gondolkodás ma is ezt a világgépet tükrözi, mely abban a nem vitatható, idősebb kolléganóm szájából régen sokszor hallott megállapítással sommázható, hogy a betegnek nemcsak lelke van, hanem teste is. Saját mindennapi élményeim is próbára teszik integrációs kapacitásomat: előbb életben kell tartani egy beteget, hogy aztán a lelki bajaival foglalkozhassunk. Vagyis előbb meg kell valósítani a "gyógyítást", hogy aztán a megértésnek tere legyen. Ez a trivialitás ugyanakkor mélyen beépül a hasznossági elven működtetett egyéb szerepekbe is, látványos gyógyítások/gyógyulások, defenzivitás, bürokratikus kódrendszerek homályosíthatják el az eredeti célkitűzést.

Csoporthelyzetekkel kapcsolatban gyakran találkozni azzal a felfogással, hogy más emberek problémái csak további terhet jelentenek, nehezítik a saját problémákkal való foglalkozást, s ugyanakkor valós megoldást nem is kínál a csoport. Másképp fogalmazva: miben áll a csoport terápiás hatása, a sok beszédből (lelkizésből) hogyan lesz érdemi (anyagi, testi) változás. Minden csoportfolyamat szükségszerű szocializációs fázisa e kérdések felvetése, tisztázása, s ez minél kevésbé sikerül, a későbbiekben annál nagyobb eséllyel jelentkeznek kétségek a reflektív munkamód hatékonyságát illetően.

Ahogy a dualista világgépfelfogás meghaladása is szükségszerű, saját kérdésfeltevésém polarizáltságát is szeretném enyhíteni. Egyrészt abból a gyakorlatias megfontolásból kiindulva, hogy a vizsgált helyzetek sosem tisztán ilyen vagy olyan típusúak, hanem a valóságban keverednek a megértést preferáló és gátló elemek. Így van ez minden csoport esetében is. Másrészt talán inkább retorikai fogásnak tűnő átfogalmazás, de komolyan vehető:

megértésről és megvalósulásról beszélve óhatatlanul rátalálunk a köztes rétegre, amely a látszólagos különválasztottságot feloldja. S itt a kulcsszó a *kapcsolat*. Megértés nincs kapcsolat nélkül, s e megértés éppen a kapcsolat megvalósulásának, megvalósításának mikéntjére vonatkozhat elsősorban. Zárókép lehetne ehhez a gondolatmenethez egy szürreális akciófilm szcénája: géppisztolyos, kommandóruhás, sötétre festett arcú emberek merednek a megrohamozandó házra, gégemikrofonjaikon keresztül egyeztetik a támadás időpontját, beszakítják az ajtót s a szobában embereket találnak, akik körben ülve beszélgetnek, egy ideig értetlenül állnak körülöttük, majd közelebb húznak egy-egy széket és beülnek a körbe. 'Létrejött a kapcsolat'.

2.1.3. Résztvevő megfigyelés

Saját helyzetemmel illusztrálom a résztvevő-megfigyelői témát. Akut pszichiátriai osztályon dolgozom, hierarchikus intézményben, pszichiáter vagyok egy betegekkel, szakemberekkel "felturbózott" helyen, gyógyszeres kezelés mellett pszichoterápiával is dolgozunk. Az utóbbi alkalmakkor többnyire pszichoterapeuta vagyok. Ha azon gondolkodom, hogy mi is történik, amikor dolgozunk, amikor "zajlik az élet", akkor kutatói attitűdöt veszek fel. A kutatói szerepkör nem egy akadémiai kutatási tevékenység, de elemeiben közelít hozzá: arra törekszem, hogy megértssem, értelmezzem a folyamatokat, bizonyos fogalomrendszerrel leírjam, kategorizáljam a jelenségeket, értelmezzem egy olyan szaknyelven, hogy érvényességgel, legitimitással bírjon. Magát ezt a hétköznapi tevékenységet, a megvalósuló, mindennapokba beágyazott attitűdöt tekintem résztvevő megfigyelésnek.

A résztvevő megfigyelés az etnográfiaiban ismert módszer és elvrendszer, a múlt század első évtizedeiben először Bronislaw Malinowski dolgozta ki (Kapitány, Kapitány, 2002). A módszer alkalmazásakor az antropológus egyidejűleg személyében is jelen van, a terepmunka keretében együtt él azokkal a személyekkel vagy azzal a népcsoporttal, akiket vizsgál. A kutató ebbe a közegbe hosszú időre tulajdonképpen beleolvad, résztvesz benne, szinte megszokottá válik a közeg számára. Tehát a kontextus részévé válik, ezáltal számos olyan tudásra tesz szert, amelyre másképp nem lenne módja. E módszer kritikája viszont éppen azt a kérdést veti fel, hogy mennyiben szólhat a megfigyelés az eredeti közegről, ha már az idegen (kutatói) jelenlét azt módosította. Résztvevő megfigyelőként tehát arról lehet tudásunk, hogyan viselkedik a közeg, amikor megfigyelik, s nem arról, hogy hogyan viselkedik önmagában.

A beilleszkedés lehetővé teszi egyfelől az élményszerűséget, bevonódást, a közeg által használt szimbólumok természetes használatát, nyelvhasználatot, másfelől a távolságtartást, az objektív megfigyelői attitűdöt. Hangsúlyos tehát a pozíció kettőssége: a kutató bensőséges kapcsolati helyzetet próbál kialakítani, a belső nézőpontot keresi, igyekszik megérteni a másik viszonyulását, ugyanakkor mégiscsak egy tudós, aki kutat, tehát egyfajta tudományos objektivitást is képvisel. A résztvevő megfigyelés koncepcióját nagyon sokféle jelenidejű vizsgálati helyzetben is lehet használni, amikor például az egészségügyi ellátást vizsgálják ilyen etnográfiai módszerrel (Allan, 2006, Hughes, 2008.). Saját társadalom résztvevő-megfigyelői vizsgálatoknál a kutató a saját kultúrája szimbólumait olvassa, ebből adódik, hogy önreflexiója meghatározó tényező az általános, kulturális szint és az egyéni, szubjektív szint elkülönítésében (Kapitány, Kapitány, 2002).

A kettős viszonyulást arra használjuk, hogy jobban megértsük, mi történik. A terápia szűkebb szituációjának két ágense, szereplője a páciens és a terapeuta, nekik van saját megértési aktivitásuk. A páciens jó esetben azzal a céllal jön a terápiába, hogy megértse saját magát, tehát hogy önismeretre tegyen szert, megértse azt, hogy a valóságban mi történt vele korábban, a jelen időben, a jelen kapcsolataiban, illetve hogy ez a terápiában, az áttételi dinamikában mit is jelenthet. A terapeuta felől szinte párhuzamos ez a megértési folyamat. Önmaga megértésén keresztül kapcsolódik a helyzethez, pszichodinamikai megközelítésnél a viszontáttételi folyamatok megértéséről van szó. Az ő megértése egyúttal a terápiás kapcsolatra irányul, tehát arra, hogy ezek az interszubjektív folyamatok ebben a terápiás kapcsolati térben hogyan működnek, a páciensre való ráhangolódás is része ennek a megértési irányultságnak. A harmadik, a kutatói szerep nem szűken a páciens próbál megérteni, hanem úgy fogja fel őt érzéseivel, tüneteivel, gondolati tartalmaival együtt, mint aki egy betegségnek a hordozója. Tehát a patológia felé tágítja a perspektívát. A terápiás folyamatra is irányulhat a kutatói megértés, amikor bizonyos modelleket adaptál. Manapság például divatos az implicit kapcsolati tudás mint modell (Pető, 2003, Erdélyi, 2005), ha ezt a dimenziót megértjük, akkor sok mindent megtudunk arról, hogy mi történik a terápiás kapcsolatban. Ha pedig önmagára tekint a kutató, akkor lehet kutatói intuíciója a helyzetről, összekapcsolhatja különböző saját elméleteit, a hallgatólagos tudását használva felismerheti, mit is tesz, hogyan lehet az egész kontextust értelmezni.

A résztvevő megfigyelés tehát két komponensű fogalom, alkalmas a kutatási komplexitás elemzésére, érintkezési felületet ad, ahogyan a *junktum* fogalmában is, a freudi elgondolásban a pszichoanalitikus egyszerre kezelője a páciensnek és kutatója a pszichoanalízisnek. Ez a két

funkció össze van kapcsolódva (Thomä, Kächele, 1987). Ugyanakkor fontos megkülönböztetni a terápiás és a kutatási helyzet struktúráját. A terápiás helyzetben a páciens problémája van a középpontban, a kezelő is elsősorban a páciens problémájára centrál. Kutatás esetén bővül ez a kontextus, a kutatónak is egy, a kezelőénél körülírtabb saját problémája kerül a rendszerbe, amely a tudományos paradigma és elvárásrendszer alapján keletkezik. Számos új tényező kezd hatni a helyzetre a kutatói szerep felvétele által, a terápiás folyamat már nem szimplán a beteg problémájának a kezelése, hanem sokkal komplexebb. Kérdés az, hogy a páciens kezelését, változását mindez hogyan befolyásolja.

Valójában régóta ismert már az a kérdés, hogy a terápiás helyzet harmadik szereplőjének mi a hatása: ez a harmadik fél a terápiában (Thomä, Kächele, 1987). A pszichoanalízis kezdetei, de különösen a pszichoterápiás gyakorlat intézményesülése és a szervezett képzés bevezetése óta, reflektált módon is jelen van ez a téma. Ha a terapeuta szupervízióba jár, akkor ott van a háttérben egy harmadik; ugyanígy a hozzátartozó, aki esetleg fizeti a terápiát; vagy az anyamagzat analízisben, amikor ott van a harmadik szereplő az anyuka hasában. Én nagyon általánosan abból indulok ki, nem csupán ezek a példák a hármass helyzetek: sosincs kettős, diádikus szituáció, akármilyen terápiáról legyen szó, mindig ott van egy harmadik funkció, még hogyha személyesen nem is testesül meg. Ezt a harmadik funkciót tekintem megfigyelői funkciónak.

Az eddigi szakaszban egyéni terapeuta szerepből írtam körül a résztvevő-megfigyelői működést, ehhez kapcsolom a kettős csoportvezetői pozíciót: a hatékony vezetői működés feltétele, hogy 'egyszerre' legyen képes csoportfolyamat *résztvevője* (átélője, alakítója, tartalmazója) és *megfigyelője* (felelőse, értője, értelmezője) lenni. Egy idealizált terápiás koncepcióban az 'egyszerre' egyfajta oszcillálást jelent a két énfunkció között, szociálpszichológiai értelemben két körülírt, párhuzamos szerepről van szó, mely szerepkonfliktust is előállíthat. Mindkét viszonyulásmód *interszjektíven* értelmezendő, tehát a csoport megfigyelése *önmegfigyelést*, a részvétel a saját érzések *megélését* implikálja. A terápiára való szocializáció része, hogy a csoporttagok is megtanulják e működést, amely más, dichotómiásan koncipiált pszichés jellemzőkhöz (pl.érmek-kogníció, realitás-fantázia, alapfeltevés szint-munkacsoport szint, stb) is kapcsolódik. A különböző funkciójú és technikájú csoportokban eltérő mértékben kerül fókuszba e kettősség. Speciális kérdés a kettős vezetésű helyzet, ahol tudatos/tudatosuló szerepmegosztás is létrejöhet. Sajátosan merül fel ez az összetett irányultság a teamek működésmódjában, a terápiás rendszer szintjén, amelyben sok

hasonlóságot mutat az antropológiai kutatási módszerként értelmezett résztvevő megfigyeléssel.

Csoportvezetőként naponta vagyok olyan helyzetekben, amelyek kereteiért felelősséget vállalok s amelyekben ugyanakkor résztvevő is vagyok. Figyelnem kell a helyzetben zajló folyamatokat azért, hogy ebben a felelősségvállalásban koherens lehessen, s ezzel egyidőben részesednem is kell benne, át is kell élnem azokat, hisz lélekjelenlétem, reakcióm meghatározó lehet, s felkészültségemmel együtt visszahat a helyzetre. Előfordul, hogy e két működés – részvétel és megfigyelés – hangsúlya valamelyik irányba *eltolódik*. Akkora lehet a csoporthelyzet szívó hatása, hogy a csoportvezetőként csoporttag módjára vonódom be, s a másik véglet, olykor úgy érzem, észnél kell lennem, különösen tartanom kell a kereteket, távolságot kell tartanom, hogy átlássam a megfigyelt folyamatot. Ideálisan viszont *egyensúlyban* van e két állapot. Hogyan is csinálom, csináljuk? Elméleti koncepciók, feltevések érdemesek az áttekintésre, válaszlehetőségek felvetésére.

A résztvevő/megfigyelő megjelölés ebben a formában azt sugallja, hogy ez nem egy önálló minőség, hanem ugyanannak két oldala. A *résztvevő* csoportvezető átélője a csoportfolyamatnak, ugyanakkor alakítója és a terapeutai container funkció értelmében tartalmazója is egyben. A *megfigyelő* csoportvezető megérteni igyekszik a csoport folyamatát, értelmezi s ugyanakkor felelős azért, hogy a csoport működőképes legyen. A megfigyelői és a résztvevői aktivitást valójában állapotnak tekintem, utalva arra a komplex viszonyulásra, amit ezek a megjelölések jelenthetnek. Ebben a megközelítésben a csoportvezető tehát egy olyan etnográfus, aki azt a közeget igyekszik megismerni, amelyet ő alakított ki. Inverz módon igen látványosan jelenik meg ez a kérdés a csoportokban, teamekben, amikor a csoportvezető, teamvezető távol marad az ülésről: vezető nélküli csoportok, koterápiás csoportok egyes vezetésű ülései, vagy a főnök szabadsága alatti élénkülő teamdinamika jelzi, hogy a csoportvezető hatással van a helyzetre. Ami a tudományos kutatásban paradoxon és az objektivitást kérdőjelezi meg, az a csoportokban természetes jelenség, s éppen ezzel dolgozik. A csoport vele együtt csoport, s amit meg kell figyelnie, az a vezetett csoport folyamata. Viszont fontos tudatában lennie annak, hogy azok a csoportbeli viszonyok, amelyeket közvetlenül tapasztal, nem a valós, életvilágbeli viszonyoknak felelnek meg, csupán tükrözik, áttételi mintákkal leképezik azokat.

Tovább menve még az elnevezés problémája mentén, megpróbálom értelmezni, árnyalni a két fogalom jelentését. Részvétel, részvét, részlet, részem, részt venni valamiben, részesedni

valamiből. Ezek az asszociálódó jelentések mondhatnak valamit arról, mi is történik, mi kapcsolja össze a két állapotot. Csoportvezetőként részem van a csoport létrejöttében, része vagyok a kereteknek és részesedek a csoport folyamatából. S amiben részem van, az az enyém is, bennem is van, ha valóban résztvevő tudok lenni, maradni. Így már át is kerülök a másik oldalamra: amikor a csoportot figyelem, a bennem lévő részt, tehát egyben magamat is figyelem.¹⁷

Megfigyelni és meghallgatni, figyelemmel lenni, figyelmesnek lenni, észrevenni, észrevételt tenni, (r)ész(re)vétel-ezni. Szójáték ez, de talán metaforikusan sűríti, miről van szó. Csoportvezetőként külső szemmel is kell figyelnem a dolgokat: a szakmai szempontok, a külső környezeti hatások, a terápiás vagy általános csoportvezetői felelősség ezt szükségszerűvé teszik. De csak akkor tudom mindezt biztonságosan visszajuttatni a csoportba, akkor tudok hiteles értelmezést adni, ha kellően figyelmes tudok lenni a csoport tagjaival. Megfigyelés közben akkor tudok látni is valamit, ha részt vállalok.

Kevésbé költőien fogalmazva: látható, hogy az interszjektív viszony kulcsmomentum ebben a vonatkozásban is. Mit is jelent ez?

Amikor pszichoterápiát kezdtem tanulni, nagyon tetszett egy, a freudi strukturális modellhez kapcsolódóan szóba került fogalompár, a megfigyelő én és az átélő (résztvevő) én. Akkoriban azt tanultuk, hogy a terapeuta e két funkciót oszcillálva működteti, továbbá, hogy a páciensben hasonlóan azonosíthatóak ezek a pszichés részek, s pl. a mnkszövetség a megfigyelő énnel jön létre. Ez az ideális oszcilláció számomra misztikus maradt a mai napig, s azt a tapasztalatot juttatja eszembe, hogy sokak szerint magánemberként is sokszor pszichiáteresen viselkedem. Jelen témámra fordítva: olyankor kapom ezt meg, ha civilben megmaradok megfigyelőnek is, s látszólag nem veszek részt a helyzetben, nem vonódom be.

Tágabb *pszichológiai* szinten ez a látszólagos dichotómia megfelel az emóció-kogníció dimenzióknak: vagyis a csoportvezető megfigyelőként kognitív, résztvevőként érzelmi szinten és hangsúlyokkal működik. Ide kapcsolom a reális-szimbólikus-imaginárius lacani vonatkozási rendszer is, hiszen mondható, hogy megfigyelőként a csoportvezető a reálshoz kapcsolódik, míg résztvevőként a szimbólikus működésben reagál, s az imagináriust célozza. A strukturális

¹⁷ Résztvevő megfigyelőként a jelen dolgozat szövegének írása is kihívás kellett, hogy legyen. Az első változatban egyes szám és többes szám első személyű illetve egyesszám harmadik személyű közléseket írtam a csoportvezető mint ágens nevében. Újragondolva igyekeztem szűkíteni a variációkat, de több ponton kevésbé érthető lett a szöveg, így végül megmaradtam egy kétpólusú oszcillációnál, amelyben a személyesebb és éntávolyibb hangnem és tartalom váltakozik.

modellt analógiásan átemelve a csoportra ugyanakkor úgy is fogalmazhatunk, hogy a megfigyelői működésben manifesztálódik a csoport Énje (a realitáshoz kapcsolás értelmében) és a csoport Felettes Énje (a normativitás értelmében), míg résztvevőként a csoportvezető is belemerül a csoport Ösztön Én-jének sűrűjébe. E kissé erőltetett értelmezést természetesen oldja fel a Társas Én koncepciója, amelyben a pszichikus struktúrák komplexitása magától értetődővé válik (Ormay, 2010). A pszichoanalízis finomodó felfogásához illesztve ugyanakkor további világos leírási keret adódik: a hagyományos analitikus technika *értelmezés* aktusa csupán megfigyelői pozícióból lehetséges, míg az implicit kapcsolati tudás kapacitása világosan köthető a résztvevői működéshez. Eszerint a megfigyelés az értelmezés konstituense, a részvétel pedig a kapcsolati tudásé.

A részvétel/megfigyelés értelmezhető *kognitív* tudományi modellben is. A csoportvezető reakcióit meghatározza az, ahogyan a csoport benne reprezentálódik. E belső reprezentáció kialakulásának folyamata a megfigyelői működés. Ugyanakkor annak, hogy a csoportvezetői kognícióban a reprezentációk mit testesítenek meg, vagyis hogy a csoport által kitermelt szimbólumok mire utalnak, milyen jelentés és kontextus sűrűsödik bennük, csupán az ezek beágyazódásának folyamatát implikáló részvételi működés adhat értelmet. A csoportvezetői megfigyelés a klasszikus (funkcionalista) szimbólumkezelő megismerési modellnek megfelelő működés, melyhez a szimbólumok lehorgonyzását, értelemmel telítését a részvételi működés kapcsolhatja. Tovább finomítva e kognitív értelmezést, kibővíthetjük a hálózati, konnekcionista modellel. A neuronális hálózati kapcsolódási és aktivitásmintázat időben párhuzamos, ugyanakkor átlátszatlan megismerő folyamatokat valósít meg. Ez társas szinten a sűrűsödéseket-kiemelkedéseket mutató *csoportmátrix*nak (Foulkes, 1964) megfelelő működésmódot jelent. Amikor csoportról beszélünk, valójában egy összetett, részben valós, részben virtuális dinamikusan változó hálózati struktúrát képzelhetünk el, amelyben a jelentés rejtett módon van jelen. Az integráló kognitív modellek alapján érvényes lehet az az értelmezés, hogy a megfigyelő csoportvezető a klasszikus kognitív szinten működik, míg a résztvevő csoportvezető a csoportmátrix hálózatába kapcsolódva, annak megélésével képes a rejtett jelentéstartományt megközelíteni. Metaforikusan ez annyi, minthogy a tenger megismerésében más szintet jelent a parton állni és nézni a hullámokat és megint mást a hullámokban elmerülni és érezni, hogy megcsíp egy medúza.

A kétféle tudásunknak Gilbert Ryle-től (1999) származó megkülönböztetése: „tudni mit” és „tudni hogyan”. A tengeri példánál maradva: a „tudni mit” azt jelenti, hogy tudom, hogy a tengervíz sós, mert olvastam róla és megtanultam, a „tudni hogyan” viszont azt, hogy anélkül is

tudok úszni, hogy erre külön odafigyelnék. Ez alapján a megfigyelő csoportvezető a „tudni mit” típusú, a résztvevő csoportvezető a „tudni hogyan” típusú tudását működteti. A megfigyelő tudja, mit mond a szakirodalom, milyen értelmezési keretben lehet a csoportfolyamatot elhelyezni. A résztvevő csoportvezető viszont tudja, hogyan legyen jelen, hogyan szólaljon meg, hogyan oldja az elakadt kommunikációt.

Ide kívánczik még egy rövid utalás a csoportspecifikus, alapfeltevés és munkacsoport szinteket differenciáló bion-i koncepcióra. A csoportvezető szubjektumában zajló szempontváltásnak, a két állapot közötti oszcillációnak megfelel a csoport szintjén a két működésmód közötti, időben nyilván elhúzódó, de tartalmában analóg váltakozás. Ideális esetben e két folyamat kiegészíti egymást, vagyis amikor a csoport regressziója valamelyik alapfeltevést mobilizálja, akkor a csoportvezető a regresszív nyomás ellenére képes a kerettartásra és viszont, a stabilan munkacsoport szinten lévő csoportba való esetleges bevonódása kisebb kockázattal jár. Ezekből az elméleti adalékokból világos ugyanakkor, hogy részvétel és megfigyelés egymást feltételező működések.

Eltérő szettingek a résztvevői és megfigyelői állapotok eltérései mentén is összevethetők. *Koterápia* esetén gyakran magától megoszlik a két szerep, megfigyelni, inkább háttérben lenni illetve aktívan interakcióba vonódni. Csoportos tréningek esetén vagy pszichodráma csoportban ez a szerepmegosztás, vállalás a technika része lehet. Magától adódik a *komplexitás* szempontja. A csoport összetett interakciós terében való eligazodás el sem képzelhető másképp, mint a részvétel révén. Ezt támasztja alá az a tapasztalat is, hogy az ülés jegyzőkönyvekből, videofelvételek alapján történő rekonstrukció sosem lehet még megközelítőleg sem teljes, nem is törekedhetünk rá. A terápiás *keret* tekintetében sajátos tapasztalat, hogy esetenként valamelyik csoporttag átveszi a kerettartás megfigyelői szerepkörét a vezetőtől. Túl a csoportdinamikai jelentőségén, ez a jelenség arra is utal, hogy a terapeutának nagyobb szabadsága van ilyen szempontból, mint az egyéni helyzetben. A megfigyeléshez a megfigyeltség állapotának tudatosulása is kapcsolódik, ezen a szálon a *szégyen* értelmezésében is jelentősége van a koncepciónak, mind a csoporttag, mind a csoportvezető oldalán. A részvétel felő pedig az empátia, az együttérzés, az összehangoltság jelenségeihez nyerünk adalékokat. Fontos szempont továbbá a csoportvezetői *transzparenciának* és a csoporttag *önfeltárásának* a jelensége, melyek világosan pozicionálhatók a részvételi állapothoz. A különböző jelenségek végül elhelyezhetők a participációs elmélet koncepcionális keretében: a *participátor* és *spektátor* ágensfunkciók, amelyekhez eltérő felkészültségek és kompetenciák kapcsolódnak a mindenkori kommunikációs szintéren. Szintén az elméleti keret ad lehetőséget

arra, hogy a résztvevő megfigyelői ágensfunkciót nemcsak az individuális ágens, hanem a kollektív ágens perspektívájában is értelmezzük. A csoportanalitikus elmélet alapszabálya – a csoport analízise a csoport által beleértve a csoportvezetőt is – éppen a kollektívum résztvevő megfigyelői aktivitását implikálja (Foulkes, 1965).

Mindennek illusztrálására egy ambuláns csoport részletét mutatom be. A nagyforgalmú pszichiátriai ambulancia közegében szervezett kiscsoport első ülései úgy teltek, hogy a csoporttagok közül mindig hiányzott valaki. Bennem kezdettől megvolt az aggodalom, hogy a csoport nem volt megfelelően előkészítve, s esetleg a munkafázis elérése előtt felbomlik. A szervezetlenség egyik jele volt számomra, hogy a csoporthelyiségbe nem helyeztem el órát, azzal helyettesítettem, hogy valamelyik páciens óráján követtem az időt. Kétségeim ellenére a jelenlévő csoporttagok bevonódtak, igen hamar személyes szintű munka indult el. Azon az ülésen is így volt ez, amelyiket exponálni szeretnék. Tematikusan a veszteségek fájdalma, a gyász, a részvét, a reparációra való remény dominált.

A másfél órás ülés alatt fogalmam sem volt, mennyi az idő, páciensi óra nem volt elérhető. Az időérzésem, mint egy rutin működött, de nem hittem neki, ráadásul az ülés végének idejét jelezte is egy templomi harang halk kondulása, fél kettő van. Én ezt hallottam, felmerült bennem, hogy idő van, mégsem zártam le az ülést, egy gondolatban az jött, hogy ez még csak fél egyet jelent. Legerősebb motivációm az volt, hogy most még folytassuk az ülést, ne szakítsuk meg az érzelmekkel teli pillanatot, úgy éreztem, valami hiányzik, hagyni kell. Bennem volt az is, hogy olyan nehezen jött össze a csoport, illetve utólag tudatosuló fantáziaként felmerült, hogy talán attól tartottam, nem is fogunk többször együtt lenni. Végül bő negyedórával túlóráztunk, az ülést akkor zártam le, amikor az egyik csoporttag szinte álomból felébredve, az órájára nézve megjegyezte, hogy észrevétlenül elszaladt az idő.

Úgy gondolom, a fél kettes harangszókor a megfigyelő csoportvezető lezárja az ülést. Én ezzel szemben a résztvevői működésbe váltottam át, azonosultam a csoporttagok igényével, hogy állítsuk meg az időt, rekesszük ki, mert fontos dologról beszélünk. Persze saját narcisztikus igényem is komoly tényező: megmutatni, hogy mégis összejön és dolgozik a csoport. A regresszív viszontátvételi jegyek ellenére keretátlépésem mégis tudatos lépés volt.

Összehasonlítva a pszichoterápiás helyzet és az etnográfiai terepmunka jellemzőit, számos hasonlóságot és tanulságos eltérést találunk. Az analóg jellemzők közül kiemelném a meglehetősen hosszú időt, a bensőséges kapcsolatra törekvést, a nyelvi kommunikáció

elsődlegességét, továbbá a nem szisztematikus tapasztalatok tudományos feldolgozási, transzformatív folyamatát, a leírást. Lényeges eltérés, hogy az etnográfus egy már adott közegbe próbál beilleszkedni, míg a terapeuta aktív kialakítója annak; hogy az etnográfus kutató a másik egyént akarja megérteni, míg a pszichoterapeuta a kettejük közti kapcsolatra fókuszál; valamint hogy az önmegértés, önmegfigyelés a terapeuta esetében elsődleges feltétel. Hangsúlyozom, hogy a terapeuta akkor is résztvevő megfigyelői szerepben van, amikor nem tudományos, hanem „csupán” terápiás célkitűzése van.

A kételyt tovább fokozhatja Darab Tamás konklúziója (Darab, 1999, 254.o.), amelyre a nyelv elsajátítás és az emberi megértés viszonyát elemezve jut: „Mások életformájának átvételétől tehát nem válunk a „másikká”, s ezért a szokásos magyarázatokkal ellentétben a mások életében való részvétel, a velük való együttselekvés csak a nyelv tökéletes elsajátításának és nem az emberek *tökéletes* megértésének biztosítója.” Ezt a nézetet támaszthatja alá az a klinikai tapasztalat, miszerint a terápiás folyamat során a páciens és a terapeuta eljuthat oda, hogy már egy nyelvet beszélnek, de ez az összehangoltság esetleg éppen a továbblépésnek, a valódi változásnak szóló közös ellenállást fedeli el.

Martins és munkatársai (Martins et al.2000) egy iskolai terepvizsgálat kapcsán gondolták tovább a tudás konstruálásának folyamatát. Eszerint a résztvevő megfigyelés egyrészt a társadalomtudományok által kialakított kategóriákat használja a valóság megértésében (*mint például társadalmi osztály, ideológia, hatalom*), másrészt viszont új kategóriákat, lezáratlan és többszörösen meghatározódó tudásokat konstruál/rekonstruál a kutató és a vizsgált közeg viszonya mentén. Ez a megközelítés a társas és kollektív folyamatok jelentőségét hangsúlyozza a problémák azonosításában: a *kutató bevonódásának* hatását a neutralitással szemben; a *lokálisan* létrejött tudások érvényességét az univerzális tudással szemben; és annak a lehetetlenségét, hogy a megfigyelt jelenségeket számtalan összetevőre bontsuk, hiszen ezek mindig összekapcsolódtak vagyis a *komplexitás* rendjébe ágyazottak.

Itt eljutunk a kutató/terapeuta szerepen belül a személyhez, tanult tudásaival, motivációival, érzelmeivel együtt. Számomra kívülállóként is nagyon tanulságos volt, ahogyan Clifford Geertz Malinowski gondolkodásmódját jellemzi. Szerinte ő az etnográfiát “egy különösen bensőséges területté tette, az önellenőrzés és az önátalakítás kérdésévé, az írást pedig az önleplezés formájává.”, ugyanakkor kritikusként tartható törekvése az volt, hogy a „benszülöttek nézőpontjából ír etnográfiát”, „az ő hangjukon szól” (Niedermüller, 1994, 367.). Pszichoterapeutaként gyakran kerülünk ilyen elfogódott érzésekkel teli helyzetbe, amikor

jelenlétünk a páciens világában való *részese*dés vágyába fordul át, s nehezen vagyunk képesek a másik oldalt, a pszichoterápiás keretért való felelősségünket működtetni. Úgy gondolom, az etnográfusok körében zajlott viták a résztvevő megfigyelés értékeléséről szintén arról szóltak, hogyan lehet megtartani a résztvevő helyzetben a kutatási kontextus kereteit.

2.2.A csoport mint rendszeralakító struktúra

Ha adottak a csoportmunka, a mintha kommunikáció feltételei az osztályos közegben, akkor a már a tervezett, és különösen az elindult csoportok is mélyreható változásokat generálnak a rendszer szintjén. Az egyedi ágensek integrációja a csoportba és a csoport integrációja az osztályos rendszerbe rendszerszintű változásokkal jár. A csoportok jellemző típusait elkülönítve a nagycsoportot és a kiscsoportot írom le kihatásaikkal együtt, utóbbihoz sorolom a kezelők saját reflektív célú csoportját, a személyzeti csoportot is. Míg az osztályos kiscsoport létrehozása az integrációról szól, addig a nagycsoport - egyik olvasatban (Gál, Zalka, 1994) - magáról a hatalomról. A betegség mint probléma vonatkozásában kiemelem, hogy a reflektív, terápiás kiscsoport inkább reflektál a páciens gondjára, a nagycsoport viszont inkább képes megközelíteni az osztályos rendszer gondját, míg a személyzeti csoport a személyzet saját gondjára irányul. Ezeknek a viszonyoknak az ismerete, értelmezési képessége a csoportvezetői kapacitás része, annak belátásával együtt, hogy az osztályos csoport rendszeralakító hatása az osztályos közegen kívül is érvényesül.

A modern, reflektív működést integráló pszichiátriai osztály legfontosabb szinkronizáló alakzata a *terápiás csoport*, illetve ideáltipikus formában az *intézményi nagycsoport*. E komplex, érzelmi és normatív viselkedési szinkronizációt megvalósító formára jellemző, hogy a csoporttagok, az egyének közötti *sűrű* kommunikatív folyamatban jön létre, a vizittel ellentétben a résztvevők *egyenrangú pozíció*ban vannak, jellemzője továbbá a regresszív folyamatok facilitálása és egyidejű, nem szankcionáló, orientáló jellegű kontrollja, az együttesség élménye, vagyis az érzelmi és normatív viselkedéses szinkronizáció egyidejűsége. A hatalom képviselőinek és az alávetett egyéneknek körbe ülésével létrejövő szimmetrikus pozícióba kerülésével (Blümel, 1992) a panoptikum körkörös elrendezésének középpontjából a felügyelő a nagycsoport formában kikerül a központi kontroll szerepből és egyenrangú csoporttaggá válik.

Mint láttuk, a hierarchikus rendszerekben is vannak együttes helyzetek, amelyekre azonban a hatalom általi beszabályozottság, a redukált kommunikációs lehetőség, az egyirányú

kommunikáció jellemző, s céljuk az intézmény alapeszközének, a fegyelmezésnek a támogatása. A nagycsoportra ezzel szemben a nyílt kommunikációra törekvés, a szabad megnyilvánulás, az önreflexív célkitűzés jellemző, amely egyenlő a hatalom korlátozásával, láthatóvá tételével, személyessé alakításával. A félig zárt és a nyílt rendszer nagycsoportjában szabályok orientáló jellegűek, viszonyítási alapot jelentenek, az azokba ütközés reflexióra, értelmezésre mozdít. E kibékíthetetlennek látszó ellentétek egyeztetetőségét keressük a mindennapi gyakorlatban.

A hierarchikus, zárt rendszer és a reflektív, nyílt rendszerben két ellentétes percepció szintű működés jelenti a legnagyobb különbséget. Mint láttuk, a totális rendszer lényegéhez tartozik a cselekvések teljes kontrollja, azonnali minősítése, amely által minden cselekvésnek direkt szankcionális következménye van. E következményeknek introjekció révén a rendszerbe kerülő személy is tudatában van, cselekvéseit és beszédaktusait egy idő után önmaga kontrollálja a szankciók elkerülése érdekében. Ebben a rendszerben a kimondott szóhoz azonnali megvalósulás (azonnali szankció) tartozik, hasonló ez a gyermek mágikus gondolkodásához. Ehhez képest a megértést és reflektivitást implikáló csoportműködés mozgásteret, a potenciális tér létrejötte megkívánja a fantázia szabadságát, vagyis hogy a kimondott szónak ne legyenek direkt szankcionális, intézményi és egyéni szintű következményei.

Példa

Pszichiátriai osztályos nagycsoporton az osztály nyílt részlegén lévő betegek vesznek részt, zártosztályos betegek nem. Az egyik ülésen a nehézkes verbalitású, de rendkívül érzékeny, a zárt részlegről néhány nappal korábban kikerült pszichotikus páciens a csoportzajláshoz látszólag alig kapcsolódva vetközni kezd, majd az alsónadrágnál többen megállítják. A személyzet e megnyilvánulást állapotrosszabbodásként értelmezi, a páciens visszahelyezik a zárt részlegre. Ebből adódóan a következő ülésen nem vesz részt, a vetközés üzenete homályban marad.

*Ezra Stotland (1980) egyenrangúak csoportjaiban vizsgálta a hatalmi személyekre adott válaszokat. Definíciója szerint a hatalom egy személy autoritása arra vonatkozóan, hogy egy másikat megakadályozzon céljai elérésében. A zárt osztályon érvényesülő, a személyzet által megvalósított hatalmi működésre is háromféle válasz lehetséges: a visszavonulás, az együttműködés és az agresszió. A szerző szerint az egyenrangúak csoportjának támogatása nélkül (pl. esetünkben csoportba tartozás nélkül) az egyén sokkal inkább *privát személyként* (tehát az osztályos normarendszeren kívül esőként) fogja fel a hatalmi személyt (orvost,*

nővért). A jószándék megnyerésének készítése révén a függőségi viszony erősödik, a szabálykövetés illetve a szankcionálás szubjektív mozzanattá redukálódik. A csoportok funkciója eszerint leginkább a támogatás, a másik csoporttag sorsa, tapasztalatai iránti érdeklődés ugyanakkor feltétele a függetlenedésnek: a személy az alárendeltek csoportjának tagjaként észleli magát, s ezen a perceptuális alapon képviselőként, autonom módon léphet fel.

E vizsgálati eredmények alátámasztják azt a klinikai tapasztalatot, hogy a működő nagycsoport jelentősen csökkenteni képes a pszichiátriai osztályon az agresszív feszültségek mértékét (Gustafson, 1982). Ezzel összefüggésben a személyzet irányában nyílttá váló agresszió egyben kezelhetőbbé is válik, kisebb teret hagyva a páciensek egymás közti agressziójának illetve a betegségelőnyök, tüneti kommunikációk destruktív tendenciáinak. A nagycsoportnak épp az az előnye és a rendszer stabilitásában meghatározó szerepe, hogy a szinkronizációt számos módon és szinten valósítja meg, s ez a hatékonyságát jelentősen fokozza. Úgy is fogalmazhatnánk, hogy a pszichiátriai osztály számára a nagycsoport integrálása az evolúciósan stabil, hatékony stratégia. Ebben az értelemben a hatalom számára is kifizetődő, ha a rendszer fenntartása érdekében a korábban leírt hierarchikus munkamódok helyett ennek az eszköznek nyújt teret.

Sajátos karikatúrát alakít ki ugyanakkor a hatalom ambivalens, a hierarchikus környezet fenntartása mellett a „modern” szociálpszichiátriai szemléletet is követni kívánó hozzáállása. Formálisan létrehozott, de alapelveiben nem hiteles nagycsoport-formációk, *pszeudonagycsoportokra* jellemző, hogy a nagycsoport vezetőjének intervencióit a valóságosan vagy elvárásokban, viselkedési mintákban jelenlévő osztályvezetőhöz, mint hatalmi személyhez való viszonyulás határozza meg, vagy a nagycsoport átszabott vizitként illetve nárcisztikus tárgyként funkcionál. Az osztályos rendszer normativitása révén az ilyen típusú vagy átmeneti regresszióban ilyen működést mutató nagycsoporton történő közléseknek direkt, reális következményei lehetnek, megértés helyett intézkedések formájában, s nem csupán a betegek, hanem a személyzet körében is. Épp a lényeg veszik el tehát, a nagycsoport reflektív munkamódja, a nyílt kommunikáció válik lehetetlenné.

A pszichiátriai osztályon szervezett csoportok egyik lehetséges formájának, az osztályos *kiscsoportnak* a specifikumait többnyire pszichoterápiás rezsím keretében írják le (Lovas, Szőnyi, 1988), hagyományos osztályok esetében ezek jelentősen eltérnek. *Rice* és *Rutan* (1992) szerint az osztályos kiscsoport stabil működését összetett feltételrendszer teszi lehetővé. Ennek része a *külső szerződés*, amelyben a csoportvezető és az osztály személyzete rögzíti a csoport helyét a rendszerben. A csoportnak és az osztálynak a hatékonyság érdekében illeszkedőnek,

kompatibilisnek kell lennie, azaz az osztály célkitűzéseinek meg kell felelnie, *elsődlegességet* kell élveznie a praktikum értelmében az osztály mindennapi életének gyakorlati döntéseiben s a szerződésnek rögzítenie kell a *csoporthatárok* tiszteletben tartását. A csoporttagokkal kötött belső szerződés a szokásos – idő, titoktartási, kapcsolattartási – kereteket rögzíti. A zártosztályos háttérrel működő csoport esetén ezek a szempontok különös hangsúlyt kapnak, s a személyes tényezők mérlegelendők mind a csoportvezető, mind a csoporttagok szempontjából. A terápiás csoportokban a potenciális tér létrejöttét és fenntartását (Lust, 1994) a *stabil* osztályos keretek támogatják, melyek kellő biztonságot nyújthatnak a csoporttagok és csoportot a felettes rendszerhez kapcsoló csoportvezető számára is.

A pszichiátriai osztályos csoportok működése koherens módon elemezhető a csoportanalízis elméletei segítségével, erre példa a Bion-i alapfeltevések azonosítása (Symington, Symington, 1999) az osztályos rendszer vonatkozásában. Az akut pszichiátriai osztály a merev szervezeti hierarchia nehezíti az autonómiát igénylő csoportforma kialakítását, a betegek gyors forgása és újrabekerülései folytán *az örökös kezdés* állapotában van (Rice, Rutan, 1992), melyre a folytonos bizalomépítés, az egyetemlegesség élménye jellemző, a rendszer gondoskodó, dependens, differenciálatlan kultúrát konzervál, melyben nem kap helyet az autonomia kialakulása illetve a leválás feldolgozása. Az egyébként is az énhatárok elmosódását mutató betegek számára a kórházba kerülés mesterséges izolációja mellett e differenciálatlanság még inkább regresszív hatású. A *függőségi alapfeltevés* csoportnak megfelelő működésmódot mutató rendszerben a betegek is dependenciával reagálnak, hisz a zárt osztályon ellátják őket, nincs szükség az életük szervezésére, helyettük döntenek, gondolkodnak. Számíthatunk rá, hogy ilyen osztályon szerveződő kiscsoport ugyancsak *függőségi csoport lesz*, továbbá hogy a személyzet csoportfolyamatai is ezeket a jegyeket mutatják.

Gyakori jelenség a pszichiátriai osztály külső ellenségképének intenzív megjelenítődése (Gál, Zalka, 1994): a pszichiátriai intézményrendszer az egészségügyi rendszerben periférikus, hátrányos helyzetben van még a fejlett nyugati rendszerekben is (Quirk, 2001). Magyarországon mind a szociokulturális vonatkozások (előítélet, hátrányos megkülönböztetés, mint napi gyakorlat), mind a gazdasági tényezők (hátrányos finanszírozási döntések) elősegítik e fenyegetettség érzés létrejöttét, fennmaradását a személyzetben és a betegekben egyaránt. A pszichiátriai osztályos rendszer regresszív működését jelzi, amikor ezzel a hátrányos helyzettel, a külső fenyegetettséggel foglalkozik a betegek „gyógyítása” helyett: ebben az állapotában *harc-menekülés* csoportként definiálható. E hátrányos alaphelyzet, adottság és működési feltételrendszer következménye lehet *párképés* is (Hinz, 1998). A párképés alapfeltevés

csoporra jellemző várakozási állapot a pszichiátriai osztályok esetében tipikusan a frissen végzett, rezidens orvosokra vonatkozik. Miután ma ez a szakma kevésbé perspektívikus a szakorvosjelöltek számára, a várakozás a vonzóvá tétel illúziókeltő aktivitásában manifesztálódik: időnként megpróbálni a lehetetlent és pozitívan felmutatni a pszichiátriai osztályon folyó munkát, pl. több, kifelé is prezentálható gyógyszervizsgálati, kutatási vagy pszichoterápiás munkát végezni a betegekkel. Ebben a sajátos motivációban megragadható a párképzés momentuma: az akár irreális túlvállalásként jelentkező szorosabb orvos-páciens kapcsolat elsődlegesen a rezidens orvos számára való vonzóvá tétel és csak másodsorban a páciens gyógyításának célját szolgálja.

A pszichiátriai osztály *munkacsoport* szintjének az felel meg, amikor fő funkcióját, a modern elvek szerint a betegek gyógykezelését működteti, továbbá a máig megmaradt reziduális funkcióként a kuszodiális feladatoknak is eleget tesz. Akár egyik, akár másik szempontot figyeljük, érvényesnek látjuk azt, hogy a munkacsoport szinten funkcionáló osztály személyzete dominánsan a páciensekkel és nem önmagával foglalkozik. Szervezeti megközelítésben mondhatjuk, hogy az alapfeltevési szintre való regresszió alapja a szervezeti szorongás, melynek számos, a hierarchikus működéshez kapcsolódó vonatkozása van. Ugyanakkor a szervezeti szorongás észlelése, csökkentése elsőrendő feltétele a hatékony működésnek (Voyer, 1996). A csoport mint kollektív ágens perspektívájából a munkacsoport szintű működés a csoportot/osztályt alkotó individuális ágensek *integrációjának* eredménye.

Példa

Szocioterápiás részlegén párhuzamosan három osztályos kiscsoport indult a részleg betegeinek teljes köre számára. Az eltérő munkamódú és vezetésű csoportokba a személyiségstruktúra és a patológia súlyossága szempontjából történt a beválogatás. A kiscsoportok kialakításának célkitűzése az előfordult konfliktusok nyílt kezelésével illeszkedett a teljes rendszer reflektív munkamódjának megerősítésének általános trendjéhez.

Példa

Zártosztályos háttérű (félíg zárt) részlegén három kórterem állt rendelkezésre a páciensek elhelyezésére. A személyzet a szobacsoportokra épülő kezelési rendszer előkészítéseként az egyes szobákba kerülést diagnosztikus kategóriák szerint szervezte át, alrészlegeket hozott létre. Az átrendezést bevezető részleg nagycsoporton a páciensek elfogadták a változtatást, de a teljes személyzet számára tervezett részlegértekezlet nem jött létre. Az élettér közösségével egybekötött csoportszervezési szempont ellentmondásos hatással járt: a páciensek közötti

konfliktusok száma egy ideig látványosan csökkent, az osztályos nővérek műszakjai könnyebbekké váltak, de a későbbiekben a személyzet a csoportok rendszeres működését nem volt képes biztosítani, csupán kríziskezelésre használta, majd a homogén szobabeosztás szempontja is elsikkadt. A strukturális változás megelőzte a személyzet szemléletbeli változását, a kiscsoportok stabil működése nem volt biztosítható.

A kiscsoport megjelenése által indukált rendszerfolyamatok megértését segíti a vonatkoztatási csoportként való értelmezés. A vonatkoztatási csoport jellemzői a *normatív és az összehasonlítási funkció* (Kelley, 1980). A pszichiátriai osztályos rendszer egésze a benne lévők számára vonatkoztatási csoportként működik, melynek kultúrája és normái közé tartozik a közös bezártság, a beteglét, a stigmák közössége, s a zárt osztály totalitárius működésének elfogadása egyaránt. Kiscsoport indításakor egy új, ettől eltérő szemlélettel és normákkal bíró vonatkoztatási csoport jelenik meg, amelybe egyesek belépnek, mások kívül maradnak. A beteg számára ez az átmenet nehézséget jelent, amelynek megoldásában segítséget kell kapnia a csoportvezetőtől. Az új csoport a kívül maradó betegek és személyzet számára ugyanúgy vonatkoztatási csoport lesz, s az adott – elfogadó, ellenséges stb. – reakciókat a csoportra vonatkozó projekciók határozzák meg.

A rendszeralakító hatás az osztályos közegen kívül is érvényesül, erre példa a közösségi pszichiátriai ellátás (Harangozó, 2001) kapcsolódása az intézményhez. Az osztályos csoportterápiát úgy tekintem, mint a belső oldalát annak, ami a közösségi pszichiátria ideálisan az osztály falain kívül zajló tevékenysége. Az akut ellátást végző, hierarchikus, centralizált osztályos rendszer és a közösségi pszichiátriai tevékenységet folytatni képes hálózatos¹⁸ rendszer olyan két pólus a pszichiátriai ellátási struktúrában, amelyek nehezen képesek kapcsolódni egymással. Az egyik modell szükségszerű eleme az információ totalitása, a másiké a hálózati mintával analóg kapcsolódás. A két szisztéma között helye van egy közvetítő láncszemnek: ez a *csoportterápia, mint strukturális elem*.

A terápiás csoportok struktúrája alapvetően decentralizált abban az értelemben, hogy a benne zajló folyamatokat nem a csoportvezető határozza meg, még direktív vezetésű csoportok esetében sem. A csoport megvalósítja azt a hálózati működést, amelyet a közösségi szisztéma. A csoport típusától függően ez a hálózati működés alapulhat a tudattalan kapcsolati mintázaton (csoportanalitikus csoport), az újrarájtszott életesemények szintjén (pszichodráma), a

¹⁸ A korábbi szakaszban leírt analógia szerint a klasszikus kognitivisták és a hálózatos modellt tekintem itt is érvényesnek.

munkamegosztás döntési folyamatán (munkaterápia), a kreatív, alkotó folyamaton (szocioterápiás csoportok), a gyógyszerhatásokkal szerzett különböző egyéni tapasztalatokon (pszichoedukációs csoport). Másodlagos, milyen munkamóddal dolgozik a csoport, a saját keretein belül, a saját világában nagyfokú szabadságot élvez, a résztvevők kapcsolati mintázata a hierarchia számára nem elérhető, decentralizált. Ugyanakkor a csoport, mint strukturális elem, mint egység, a centralizált rendszer részeként működik, amelyben a csoportvezető feladata a csoport képviselője, beillesztése, integrálása a rendszerbe. A csoport e kétoldalú kapcsolati vonatkozása – *belső szabadság és külső strukturált kapcsolódás* – lehetővé teszi a terápiás, rehabilitációs helyzet kellően komplex megélését a páciensek számára, amely közelebb viszi a társas viszonyok mindennapi bonyolultságában való eligazodáshoz, a hatékony, autonóm részvételhez. A csoport olyanfajta gyakorló terep lehet a páciens számára, amely előkészítheti a közösségi pszichiátriai szemlélet megvalósulását, megvalósítását is. A konkrét csoport konkrét személyei közötti kapcsolati, interakciós, kommunikatív aktusok a társas kapcsolati képességek szintjén is segítséget jelentenek, de ennél többről van szó. Arról a *kultúráról*, amelyet a csoportban való létezés lehetősége, haszna megjelenít. A terápiás csoport azt üzeni a páciensnek, hogy a nehézségek (gondolatok, érzelmi terhek, felelősségek) megoszthatóak és átvállalhatóak, tehát egy másik emberhez fordulás, segítségkérés, segítségnyújtás lehetséges.

2.3.A pszichoterápiás tudás helye

A pszichoterápia kommunikatív, színterei közül legáltalánosabb a potenciális tér, társadalmi legitimitációjának részjelensége a tudásátadás. A pszichoterápiát szervező konstitutív alap főként a gond, illetve a gond és a tünet kapcsolódására való irányultság. A csoport olyan színtér, amelyben az ágensek számára a közös perspektívában a többletfelkészültség nem csupán a betegsége mint problémára, annak észlelésére és megoldására vonatkozóan érhető el, hanem a pszichoterápiára mint terápiás módszerre, sajátos kommunikációra és szemléletmódra, azaz a pszichoterápiára mint társadalmi intézményre (Terenyi, 2010) vonatkozóan is. Ez a hozzáférés adja a csoport legitimitációs funkcióját.

A pszichoterápiás kommunikáció sajátos színtere a potenciális tér. A potenciális térrel rendelkezés, azaz a potenciális térbe lépés képessége, mely eredetileg az anya-gyerek kapcsolatban értelmeződik (Winnicott, 1999), a pszichoterápia vonatkozásában sajátos *felkészültség*: a „mintha” kommunikációra való képesség (Terenyi, 2006). Olyan attitűd felvételét jelenti ez, ahol az attitűd tárgya „jelzett”, „idézőjelbe tett”, a „mintha” jelleg – a

jelentés eldöntetlensége, rögzítetlensége, potencialitása – az attitűdtárgyak közös kategoriális jellemzője. A terápiás munka jellegzetessége, hogy a potenciális térben mozog és hogy az ágensek, a páciens és a kezelő is képesek ennek a potenciális térnek a mozgatására, gazdagítására, használására. A potenciális tér ugyanakkor az a sajátos *konstitutív alap*, melyre tekintettel a pszichoterápiás kommunikáció „mintha” jellegű szignifikációkat, értelemadásokat tesz lehetővé.

Eszerint a potenciális tér *a személyes (bizalmi) és jelzett („mintha”) (újra)kapcsolódásra való képességnek, mint elérhető többletfelkészültségnek a helye*. Az újra határozó itt arra utal, hogy az eredeti anya-csecsemő kapcsolódás mintája ismétlődik. Előfordul, hogy erre nem alkalmas, nem képes a páciens, például amikor a potenciális tér töredezett vagy nehezen megfogható a páciens felől (Hámori, 1999, Keresztes, 2009). Ebben a dimenzióban a pszichoterápia zárt lélektani térben zajló kommunikációként jelenik meg, mintegy a pszichoterápiás gyakorlat belső oldaláról van szó. Joggal jellemezhetjük ezt bensőségesnek is (Terenyi, 2007b).

A másik oldalon a pszichoterápia mint intézmény a potenciális térként leírt ismeret, rutin, gondolkodási-viselkedési minta *hordozója*. A pszichoterápia intézményi kódjának része a potenciális térre vonatkozó viszony. A potenciális tér számára a keretet a pszichoterápia az intézményi mivoltában adja az aktuálisan, minden terápiás mozzanathoz elengedhetetlenül szükséges pszichoterápiás keret és az intézményi kód értelmében vett konceptuális keret vonatkozásában egyaránt.

Ha a potenciális tér a pszichoterápiás kommunikáció sajátos színtere, akkor azon/abban a lényegi mozzanatokban, állapotokban az ágensek ágensekként lépnek fel. Itt ágens alatt egyaránt értenünk kell a szerepeknek megfelelő ágensfunkciókat (kezelő/terapeuta¹⁹, páciens, harmadik fél, stb.) illetve ennek terápiaszpecifikus módosulásait (például áttételi tárgyak, csoportegész, belső hang, stb). Az előbbieket a terápiás szetting konstituens részeként mutatkoznak a terápiás kommunikáció színterén, az utóbbiak a potenciális teret gazdagítják, népesítik be, teszik színterré.

Fontos a személy/szerep megkülönböztetés és pontosítani szükséges: a potenciális térben a "mintha" kommunikáció, a jelzettség révén módosult ágensminőségek vesznek részt a kommunikációban. Miután a potenciális tér létrejöttének előfeltétele a terápiás keret, azaz a

¹⁹ Ebben a szakaszban a terápiában résztvevő segítő ágens *terapeutának* jelölöm, mivel szűkebben a pszichoterápiában többnyire ezt a változatot használják.

keret konstitutív eleme a potenciális térnek, a szűken vett pszichoterápiás tevékenység kommunikációs színtere ezen a kereten „belül” van. A keret körüli/kereten kívüli ágensfunkciókhoz nem kapcsolódik ez a fajta terápiát konstituáló potenciális tér. A potenciális térben mint színtéren az ágensek *személyekként* vesznek részt, míg a pszichoterápia intézményi dimenziójában az ágensek *szerepeket* vesznek fel. A potenciális tér a kommunikáló ágensek sajátvilágainak érintkezéseként, közös felületeként is tekinthető. A terápiában kommunikáló ágens aktorként a keret kialakításába és az intézményhez kapcsolódásba bonyolódik, az ágens sajátvilága pedig a potenciális térbe illeszkedik. (A kommunikáció ágense belső realitását, pszichológiai szubjektumát azért is érdemes *sajátvilágként* jelölni, mert ezáltal általánosabb elméleti keretbe foglalható a leírás.)

Miközben a pszichoterápia társadalmi gyakorlatát megvalósító struktúrák, intézmények alapvető változásokon mennek keresztül, maga a gyakorlat, tehát a kommunikációs alaphelyzet stabil jellemző marad. A sokféle színtéren, rendkívül eltérő módokon megvalósuló és annak minősülő pszichoterápiás gyakorlat közös pontjai, lényegi része stabil, a változó pszichoterápia mégis ugyanaz marad. Túl a nem specifikus hatótényezők vonatkozásán a pszichoterápia központi eleme az a *tudáskészlet*, ami a gyakorlat lényegi, konstitutív eleme. Ennek a tudásnak a hordozója olyasmi, ami a szakmai és társadalmi szinten is képes azt megjeleníteni a szakmai közösség és a tágabb, társadalmi környezet eltérő perspektíváiból egyaránt. A betegség mint probléma kettős megközelítéséhez (beteg, kezelő) tehát további két szempont kapcsolódik: szakma és társadalom, ezek a kollektív ágensek ugyanakkor komplexebb nézőpontokat képviselnek, hiszen az egyedi ágensek mindkét kollektívum tagjaiként is megjelennek. A szakember a társadalom tagja is egyben, a társadalom laikus tagja is válhat kezelői ágenssé például terápiás közösségi forma esetén.

Ha a terápiás kapcsolat kommunikatív közegében helyezük el a tudáshoz kapcsolódó kompetenciát, láthatjuk, hogyan kapcsolódnak össze az egyes kommunikációs színterekhez kötött felkészültségek. Lényegi összetevők a jelentésadás specifikumai és színterei, a közösséghez tartozó ágensek, az intézményi kódhoz kapcsolódó felkészültség, hozzáférés, az intézmény legitimitációja. A pszichoterápia a kommunikációelméleti modellben koherensen leírható társadalmi intézmény és ez a leírás alkalmas eszköz a pszichoterápiás gyakorlat, a pszichoterápiás szcénát alkotó szereplők viszonyrendszerének reflexiójára.

A pszichoterápia társadalmi legitimitációja kétirányú folyamatot tükröz: míg az állami finanszírozás súlyosan alulértékeli ezt a tevékenységet és a szabályozások inkább korlátozó

irányba hatnak (Szőnyi és mtsai, 2003), addig a magánintézmények egyre szélesebb társadalmi igényen, keresleten alapuló piaci viszonyok között méretnek meg (Oriold, 2008). Az erősödő elfogadottságot, jogi, kulturális és értékrendbeli relevanciát mutatja az európai legitimáció, az ECP minősítések bővülő köre. Az államilag nem finanszírozott magánintézmények túlsúlya ugyanakkor kevésbé biztosítja a pszichoterápiás tevékenység társadalmi kontrollját. Az állami, kórházi intézményhez kötött pszichoterápiák – akárcsak más kórházi gyógyító tevékenységek (Füredi, Buda, 1990) – nyilvánosak a finanszírozási források kontrollja érdekében. A magánszférában viszont kevésbé működnek olyan mechanizmusok, amelyek a tevékenység lényegi részét nyilvánossá, kontrollálhatóvá teszik, hiszen a finanszírozás forrása privát maradhat, ha a páciens fizeti a költségét. A változások összetettsége folyamatos reflexiót és tágabb megértési kontextust igényel, kommunikációelméleti szemszögből is.

Az ágensek kommunikációja szimbolikus térben, úgynevezett *színtéren* zajlik. A *színtér* az a hely, ahol az ágens ágensként megnyilvánul: azoknak a körülményeknek az összessége, amelyek az ágens számára meghatározzák egy adott esemény lehetséges interpretációit. Ilyen *színtér* a *terápiás szetting* által meghatározott hely (Pető, 2009, Lőrincz, 2009), ahol a páciens páciens, a terapeuta terapeuta, s amely tehát azzal a tulajdonsággal rendelkezik, hogy specifikus értelmezési lehetőségek egy körét határozza meg, például a terapeuta lehet anyai áttételi tárgy.

A participációs elméletben az *intézmény* terminus szociológiai²⁰ értelemben használatos, nem szorosan vett struktúra, amely a világban fizikai valóságában feltétlenül létezne, mint amilyen típusú például egy kórház vagy egy magánpraxis. Itt leginkább a kommunikáló ágensek problémakezelésének a helyéről, szimbolikus teréről van szó, amely speciális jellemzővel bír: a problémakezeléshez, a világ valamilyen módon, valamiként való látásához az ágenseknek egy meghatározott kódot ír elő, ez a kód az ágenstől függetlenül szabja meg, mely szignifikációk (értelemadások) relevánsak az adott intézmény kontextusában. Az intézményi kód mint felkészültség egyaránt elérhető valamennyi kommunikáló ágens számára, egységbe fogja azokat a felkészültségeket, amelyek a probléma felismeréséhez és megoldásához szükségesek.

²⁰ „Az intézménynek alapvetően két fogalma használatos a mindennapi életben. Intézmény lehet:

1. Valamely közösségi célra létesített, bizonyos személyi kerettel rendelkező társadalmi vagy állami szervezet. Ezt időnként az intézmény jogi fogalmának is szokták nevezni.

2. A társadalomban kialakult rendszer, forma, szokás; intézménynek nevezzük a társadalomban érvényesülő, az egyének cselekedeteit irányító vagy befolyásoló, illetőleg behatároló szabályokat, írott vagy íratlan törvényeket és ezek rendszereit; szintén intézmény szóval jelöljük az ezen szabályok betartását biztosító mechanizmusokat (szervezetek, társadalmi értékek, szankciók); egyes intézmények csak a szabályok szintjén léteznek (mint például a jogszabályok), mások valamilyen dologi formát is ölthetnek (mint a pénz); ez az *intézmény* kifejezés köznyelvben leggyakrabban alkalmazott jelentése; ez az intézmény társadalomtudományi (vagy éppen szociológiai) fogalma.” (Pete, P.Szilczl, 2007, 17.)

Plasztikus megfogalmazásban: „A világ a közösség tagjai számára az intézményi szignifikációkon keresztül adott.” (Pete, P.Szilczl, 2007, 49.) Ilyen intézmény például a nyelv.

Az egyes pszichoterápiás irányzatok által konstruált *intézményi kódok*²¹ eltéréseiből adódik, hogy egy páciens megnyilatkozása milyen sok eltérő jelentést kaphat a jelentést adó terapeuta hovatartozásától függően (Szőnyi, 2008). Egy terápiás szetting önmagában nem tekinthető ilyen értelemben intézménynek, hiszen ülésenként változhat annak az egyedi, ágensektől függő kódoknak a tartalma, ami szerint például egy álom értelmezésre kerülhet.

A pszichoterápia abban tér el a hétköznapi személyközi kommunikációtól, hogy az értelemadások a sajátos intézményi kód által meghatározott módon történnek, az intézményi szignifikációk azok, amelyek a pszichoterápiás kommunikáció szimbolikus terét rögzítik. Az ágensek kommunikációját akkor tekinthetjük pszichoterápiának, ha a pszichoterápia intézményi kódja által meghatározott módon történnek a szignifikációk. Míg egy baráti beszélgetés esetén az ágensek felkészültségének csupán a megegyezéséről vagy meg nem egyezéséről beszélhetünk – értik egymás szavait vagy nem –, az intézményi keretben, a kötöttebb szintéren a felkészültségek *adekvátusa* is értelmezhető (Pete, P.Szilczl, 2007).

Amikor az ágensek (terapeuta és páciens) pszichoterápiát kezdenek, akkor nem egymás között, privát módon dolgozzák ki az értelemadások konstitutív alapját, azaz nem az aktuális problémakezelés kapcsán állapodnak meg róla, hanem elfogadják a már korábban létező alap normatív érvényességét. Egyúttal megállapodnak abban is, hogy a probléma megoldása szempontjából mely szignifikációs keretet tartják adekvátnak, azaz melyik pszichoterápiás módszerrel dolgoznak illetve, hogy az adott keretben mely szignifikációkat tartják relevánsnak, a problémára vonatkozóan.²² A pszichoterapeuta által képviselt szakmai szabályok, a finanszírozási szabályok, a páciens egyéni lehetőségei stb., ugyanakkor behatárolják ennek a megállapodásnak a mozgásterét. Ha a sajátos jelentésadó kód kellően nyilvános, akkor társadalmi intézményről beszélhetünk, ilyen *társadalmi intézménynek* tekintem a pszichoterápiát.

A pszichoterápia nem privát tehát abban az értelemben, hogy a sajátos kódját a priori adottként használják, hasznosítják. Továbbá abban a vonatkozásban sem privát a terápia, hogy többnyire

²¹ Specifikus, sajátos kötöttséggel rendelkező szintér az *intézmény*, ahol a kötöttség abból származik, hogy az aktuális kommunikációt megelőzően, a priori adott az intézményi kód, amely a szignifikáció számára a konstitutív alapot meghatározza.

²² Eszerint ragadható meg például a terápia során jelentkező ellenállás a pszichodinamikus terápiákban.

intézményi struktúrába illeszkedik a tevékenység, az határozza meg a felettes rendszer kontextusát. Ilyen intézményi struktúra a pszichiátriai osztály is. Különösen érzékeny kérdés az osztályos közegben a privát szféra, az intimitás sorsa az egyedi ágensek szintjén (páciens, kezelő) és a csoportok szintjén is (személyzet szerepkonfliktusai, szakmai és személyes viszonya). Privát ugyanakkor a terápia abban a tágabb értelemben, hogy minden történés a sajátos egyedi szintéren értelmezhető, ezt szolgálja a keretszabályok közül a titoktartás, a terapeuta határfunkciója. Ezt a privát teret koncipiáljuk a potenciális tér fogalmában (Winnicott, 1999), mely jól beilleszthető a participációs modellbe.

A pszichoterápiás tudás összetevői egyben az ágens és intézmény viszonyát leíró fogalmak is: a felkészültség, a hozzáférés és a legitimáció. A *felkészültség* az intézmény vonatkozásában egy gondolkodási-viselkedési minta, melyet az adott kommunikációs közösségben mindenki ismer, az ágensek a saját és kollektív világukat ezáltal a minta által ruházzák fel jelentéssel (Pete, P.Szilczl, 2007). Olyan tudásokról van itt szó, amelyek konceptuális keretek, implicit és explicit koncepciók, cselekvési módok, attitűdök, szabályok ismeretét tartalmazzák. Például a viszontátvitel fogalmán a pszichoterápiában jártas szakemberek hozzávetőlegesen ugyanazt értik. Mindez közös tudásként mutatkozik meg (Hamp, 2006), s a felkészültség tartalmazza azoknak a kontextusoknak, interakcióknak az ismeretét, felismerési képességét is, amelyekben a koncepciók visszaköszönnek, visszaköszönhetnek. Azaz a fogalmi készlet és a sajátélményű terápia alapján a pszichoterápiában jártas szakember jó eséllyel felismeri a jelenséget. Jártasságra a mindennapi helyzetekben, az ehhez szükséges tudásra a szakmai szocializáció során teszünk szert. Az intézményi kód által meghatározott módon érhető el ez a felkészültség, vagyis a terápiás módszer előírásai mentén, a képzés során, képzési óraszámok teljesítése, képzési típusok tapasztalata révén, kompetenciák elsajátításával/megszerzésével.

Az ágens a saját módján észleli a világot, a privát, tehát a csak számára hozzáférhető adatokat sajátvilágában értelmezi. Az azonos közösségbe tartozó egyedi ágensek értelmezési keretei hasonlóak, emiatt a tapasztalás közös világáról is beszélhetünk (Horányi, 2009). Egy-egy tipikus problémahelyzet kapcsán közös tapasztalat jön létre, a felkészültségek a kommunikációs/szakmai közösségben felhalmozódnak, újratermelődnak, közösségképző azonosságuk jellemző. A pszichoterápiás szakma egészére is kommunikációs közösségként tekintünk, azt keressük, hogy melyek lehetnek a közös tudások elemei.

Az egymás utáni nemzedékekben a releváns felkészültségek tradíciókat hoznak létre, egyes felkészültségek kiemelődnek, értékek, funkciók kapcsolódnak hozzájuk. Például a

pszichoanalitikus tradíció az absztinenciának mint a kerettartási képesség alapjának rendkívül nagy jelentőséget tulajdonít, míg a személyközpontú irányzat ebben sokkal kevésbé merev, a pszichoterápiás keret fenntartását más módon éri el. A pszichoterápia társadalmi intézményében a képzés segíti a felkészültségek értékmozzanatainak stabil átadását, a szakmai differenciálódás ezeknek az értékorientációknak az elkülönítését teszi lehetővé. A pszichoterápiás mesterség elsajátításában ugyanakkor kiemelkedő szerepe van annak a típusú tanulásnak, melyet Polányi Mihály nyomán a *hallgatólagos tudás átadásának* nevezhetünk (Szívós, 2005), ennek megvalósulási kísérlete volt a sajátélményű terápia bevezetése a pszichoterapeuta képzésbe (Terenyi, Kotsis, 2007).

Fontos összetevője a kommunikációs helyzetnek az ágens *hozzáférése* a problémamegoldásban releváns felkészültséghez. Itt olyan tényezőkre, helyzetekre gondolunk, mint a betegség tünet értelmezési lehetőségei, a betegségbelátás, a terápiához jutás lehetősége és a várólista, az alkalmasság (páciens és terapeuta felől egyaránt), a kompetencia. Külön elemzést érdemel a terapeuta *hozzáférése* a módszerhez. A módszer megértésének, elsajátításának három alapvetően eltérő módját írhatjuk le: a páciensen keresztül, a képzésen keresztül és a legabsztraktabb, „meta” szinten (pl. analitikus irodalom, analitikus film). E sorrend a hozzáférés mélységét, azaz a hozzáférés által elérhető felkészültség tartalmi differenciáltságát is tükrözi.

A képzés az a tevékenység, amelynek a lényege a módszerhez való hozzáférés célzott, informális vagy intézményesített, intézményesült lehetővé tétele. Míg a Pszichoterápiás Héttvégek (Harmatta, 2006) sorozata kezdetben a képzést informális módon nyújtotta, addig ma a pszichoterápiás képzések összetett intézményrendszere látja el ezt a funkciót. Új módszerek esetén vagy módszerkombinációkban a képzés nem nyújtja, nem nyújthatja a hozzáférést, hiszen a módszer nem adott, nem kialakult. Ez is felveti, hogy a képzéshez képest léteznie kell egy közvetlenebb hozzáférési útvonalnak, ez pedig csak a páciens által lehetséges.

A terapeuta a módszerhez mint felkészültséghez azáltal jut, hogy a képzési keretben vagy azon kívül, de mindenképpen a terápiás kontextus révén *kapcsolódik a pácienshez*. A pácienssel *közös részesedése* a terápiás kommunikációban: ez jelenti a módszerhez való hozzáférés közvetlen lehetőségét. Ezt a lehetőséget nem helyettesíti a sajátélményű terápiás kontextus sem, hiszen ott ennél szűkebb tartományról van szó, amely nem tartalmazza a *megvalósuló terapeutai szerepnek a módszert működtető részét*. Érdekes különbségek írhatók le ilyen megközelítésben az egyes módszerek képzései között. Míg az egyéni pszichoterápiás

módszerek esetén élesen elkülönül a képzés és a terapeuta által a pácienssel végzett terápia, addig például olyan vegyes, kiképző és terápiás csoport esetén, amelyben együtt vesznek részt terapeuta jelöltek és páciensek, lényegében összeér a két típusú hozzáférési mód (Hosszú, 2005). Hasonló összeérést közelítenek meg a képzésekben meghonosított esetmegbeszélések, amelyekben a pácienseken keresztüli hozzáférés által elért többletfelkészültségre reflektálnak, elhelyezik azt a képzés által tagolt tudások között.

Egy harmadik típusa a hozzáférésnek az, amely nem kapcsolódik szorosan sem a képzéshez, sem a páciensi részvételhez: ez a módszert tükröző tudományos és művészeti tartalmak világa. Például a pszichoanalitikus módszer sok részeleméről tájékozódhat a terapeuta akkor, ha mélylélektanilag értelmezett filmalkotásokat néz és megért. Ez a hozzáférés azonban közvetett.

A módszerhez való hozzáférés közvetlenül tehát a páciensen keresztül válik lehetségessé, egy-egy terápiás kapcsolat e hozzáférési mód egyes eseteként, megvalósulásaként tekinthető. Ez természetes is, hiszen „in vitro” módszer nem létezik, még a leírásai, kidolgozott módszertana által sem, maga a módszer olyan absztrakció/konstrukció, amely csak *megvalósulásai* révén ragadható meg. A pácienssel való kapcsolódásnak van viszont egy olyan tartománya, amely konkrét, a kapcsolattól függetlenül is létezik. Az ehhez a tartományhoz való hozzáférésre szintén módja van a terapeutának: *a páciens tünetei, pszichopatológiája* a terápiás kontextusban konkrétan hozzáférhetővé válnak. Ennek a hozzáférésnek a termékei, hozadékai azután különböző formákban kikerülnek a terápiás kontextusból, pontosabban összekapcsolják azt más kommunikációs színterekkel. Az esetleírások, esettanulmányok a szakmai nyilvánosságban reprezentálják a páciens tüneteit, a *páciens változását*. Az egyedi páciens tüneteinek megtapasztalása és a kezelésük gyakorlata révén létrejövő terapeutai felkészültség más páciensekkel való munkába is konvertálódik, amely megalapozza a terapeuta *tekintélyét*. A "páciensektől tanulva" (Casement, 1999) attitűdje egy mélyebb antropológiai szinten alakítja a terapeuta viszonyulását az emberi lét alapkérdéseire, ezt nevezhetjük *ontológiai színtérnek*. S végül a viszontlátás jelensége révén a terápiás kontextus közvetlenül átkapcsolódik a terapeuta *személyes életébe*.

Érdekes vonatkozás a hozzáférés korlátozása, korlátozottsága. Ismert, hogyha egy többletfelkészültség egy közösség egésze számára elérhető is, a közösség által a saját tagjai vagy egyes alcsoportjai számára a felkészültséghez való hozzáférés korlátozható, korlátozott. Társadalmi szinten ilyen esetek például a titkosítások, s ezekkel analóg jelenség a terápiás kerethez kapcsolódó titoktartási kötelezettség. Sajátos jelleget kap ugyanakkor e korlátozás, ha

azt is hozzátesszük, hogy a titoktartás révén létrejövő biztonságos légkör és az ebből fakadó lehetőség a terápiában releváns tartalmak megmutatkozására, feltárására éppen hogy többlettel jár, a hozzáférés korlátozása végeredményben a többletfelkészültséghez való hozzáférést szolgálja. Más a helyzet az úgynevezett családi titok (Hardy, Barát, Balogh, 2009) esetén – 'tudjuk, de nem beszélünk róla' –, amikor a hozzáférés lényegében adott a családtagok számára, de a család nyilvánosságában ez a tartalom mégsem jelenik meg. Éppen az a kollektív felkészültség hiányzik, amely elviselhetővé tenné a család számára a *tematizációt*.

Kiemelt jelentősége van a hozzáférésnek két konkrét vonatkozásban: az esetleírásoknál és az adatvédelem területén a korlátozás és hozzáférés egyensúlya kulcskérdés. Az előbbi esetben a korlátozás minél kisebb mértéke jelenti az optimumot, hiszen túl általános megállapításokkal elveszti a jelentését a páciens eredeti története. Az adatvédelem felől viszont a minél szigorúbb korlátozás az optimum, hiszen az egyedi páciens érdekét ez szolgálja.

A módszerhez való hozzáférés természetesen a páciens felől is értelmezendő, ehhez számos adalék nyerhető finanszírozási, szociális szempontú leírásokból, a terápiás technika részleteiből. Ezek a leírások mind arról szólnak, hogyan szabályozza a társadalom, szűkebben az egészségügy és a pszichoterápiás szakma azt, milyen módon és mértékben az emberek pszichoterápiás segítséget kaphatnak. A terápiára való alkalmasság, a pénz szerepe a terápiás keretben, a hatékonyság vizsgálatok és a bizonyítékokon alapuló módszerek preferenciája egy-egy szelete ennek a szelekciós mechanizmusnak. A páciens számára a terápiás módszerhez való hozzáférés a forrásokhoz való hozzáférésnek felel meg, általánosítva ez az evolúciós paradigmában is értelmezhetővé teszi a pszichoterápia intézményét.

A felkészültségekhez való differenciált hozzáférés mentén a pszichoterápia vonatkozásában is értelmezhető a *szakértői*²³ szerep. Az egy közösséghez tartozó egyedi ágensek kapcsolódása differenciált, különböző mértékben hozzáférhetőek számukra az intézményi kódból adódó felkészültségek. Vannak kiképző terapeuták, akiknek a pszichoterápiás tudáshoz való hozzáférése kiterjedtebb és vannak terapeuta jelöltek, akiknek kevésbé. Itt nem csupán a tapasztaltságra, a pszichoterápiás képzésben és a gyakorlatban megszerzett tudásra kell gondolnunk. A hozzáférés különbözősége vonatkozhat a szakmai nyilvánosság előtti megjelenésre, a szakmai források elérhetőségére éppúgy, mint a szupervíziós kompetenciára. A

²³ „Egyes szerepekre vonatkozó felkészültségek a társadalom minden tagja számára elérhetők, másokéi csak meghatározott ágensek vagy ágensek csoportjai számára hozzáférhetők. Ez utóbbi csoportot szakértőknek nevezzük, akiket más ágensektől az adott szerep vonatkozásában meglévő kompetenciájuk különít el. ... Az, hogy milyen szerepekhez van hozzáférése (*az ágensnek, TZ*), annak a függvénye, hogy mik azok a felkészültségek és kompetenciák, melyek a számára elérhetők.” (Pete, P.Szilczl, 2007, 51.)

kiképző és a *jelölt* egy-egy szerepet jelöl, melyeknek az aktuális megvalósulásai reprezentálják a releváns felkészültségeket, lényegében e felkészültségek definiálják a szerepeket és egyúttal össze is kapcsolják az ágenseket. Ha például a kiképző nem jelölttel végzi a sajátélményű terápiás aktivitást, akkor az már kezelés, tanácsadás, pszichoterápia és nem kiképzés.

Az ágens számára hozzáférhető felkészültségek, amelyekkel azonosítható, meghatározzák szerepmegvalósításait. A *terapeuta-mint-ágens* a pszichoterápiás kommunikációban pszichoterápia-szakértő, rendelkezik hozzáféréssel a szakmai-intézményi meghatározottságú felkészültséghez. Azt is mondhatjuk ugyanakkor, hogy a *páciens-mint-ágens* is szakértő abban az értelemben, hogy saját pszichés működéseire elsődlegesen neki van hozzáférése.

Ez utóbbi megfogalmazás még nem elég pontos, hiszen itt a páciens személyként értelmezett, a hozzáférés a terápiában feltárható sajátvilág privát tartalmaira vonatkozik, viszont a hozzáférés a páciensnek mint kommunikációs ágensnek a szerepben való mutatkozásához kötődik. Szakértőként abban az esetben tekinthetünk a páciensre, ha a pszichoterápiás kontextusban a terapeuta szerepet hordozó ágenssel összekapcsolódik, a reflektivitást megkívánó terápiás kontextus által van konstituálva. Ilyen értelemben például nem tudjuk szakértőként tekinteni a „pszichiátriai beteget”, mivel ott az a típusú reflexió nem része a kontextusnak. Erre az éles eltérésre világít rá a „felhasználó” megnevezés, amelyet a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum nevű pszichiátriai betegszervezet konzekvensen használ saját tagjai szerepének megjelölésére (Radó, 2009). Itt a *felhasználó* szerep más szakértői kompetenciát tartalmaz, nem a *sajátvilág* privát tartalmaira vonatkozik, sokkal inkább az ágens külső perspektívából mutatkozó összetevőjére, az *aktor* minőségre. A páciens szakértői ágensfunkciója tehát aszerint releváns, hogy a pácienssel folyó terápia "pszichoterápia" vagy nem, azaz a terápiában relevanciával bír maga tény, hogy a páciens hozzáféréssel rendelkezik a belső működéseire. Ha a kezelési rendszer relevánsnak tekinti ezt a normák és a keretek szintjén, akkor a terápiás kultúra jelen van, valamilyen típusú pszichoterápiás munkamód része a rendszernek. Ha a páciens hozzáférése nem releváns, akkor nem pszichoterápiás jellegű a rendszer munkamódja.

Például ha a páciens lázas, s ezt a lázat a kezelési rendszer lázmérővel méri, azonosítja, akkor nem releváns a páciens melegségérzése, a lázcsillapítás mint kezelés felől irreleváns a páciens belső élménye. A depresszív tünetek erős szubjektív élmény jellege sem teszi szükségessé a páciens hozzáférése relevanciáját: például a becslőskálákkal mint depressziómérő eszközökkel éppen ezt a relevanciát igyekszik kiiktatni a kezelési rendszer, minél kisebb teret biztosítva a szubjektumnak. Valójában a páciens hozzáférése szerepet kap ebben az esetben is, viszont az a

kompetencia nincs hozzárendelve a rendszer által, amely tartalmazná az elérhető élménykvalitás reflexióját.

A pszichoterápiában a páciens szerepe is társadalmilag körülírt elvárásokat tartalmaz, például az introspekcióra vonatkozóan: elvárható, hogy figyelemmel legyen belső élményeire, ezeket a terápiás térben képes legyen megosztani. Ezáltal a páciens hozzáférése kiterjedtebbé válik, szerepe szerint önmaga szakértője lehet a páciens. A terápiás módszer technikája is ezt a páciens hozzáférést van hivatva növelni. A terápiás helyzetben való megosztás révén a terapeuta számára is hozzáférhetővé válnak tudások a páciensről és saját magáról. Ez a kölcsönösen létrejövő többletfelkészültség lényegi eleme a pszichoterápiás hatásmódnak, s változása révén leírható a pszichoterápiás kommunikációs folyamat.

A felkészültség összetevői is változnak a terápia során. Azok a vélekedés/vélemény jellegű tartalmak, amelyek például a terapeutában a terápia kezdetén, az első interjúban létrejönnek, s amelyekből adott tárgyra vonatkozóan több eltérő tartalmú is jelen lehet például a diagnózisra vonatkozóan, később letisztulhatnak, a hipotézisek tudás jellegűvé válnak. Ez a letisztulás, megalapozódás a terápiás kommunikáció révén alakul, páciens és terapeuta kölcsönösen gazdagítja egymás sajátvilágát.

Fontos definiálnunk a terapeuta *kompetenciáját*. Egy feladat megoldásához *szükséges* és ugyanakkor *legitim felkészültség* által meghatározott ágens tehát *szakértőnek* tekintjük, *laikus* pedig az az ágens, amely számára ez a felkészültség nem elérhető, a releváns tudás előállításán, alkalmazásán kívül marad/reked. A felkészültség mentén differenciálódó társas világban a szakértő egyik funkciója az, hogy az intézmény számára meghatározó felkészültségeket a társadalmi színtereken megjelenítse, mozgassa. Látnunk kell ez alapján, hogy például az a kiképző terapeuta, aki a képzését hirdeti a szakmai nyilvánosságban, nem csupán individuális érdeket jelenít meg, hanem a pszichoterápia társadalmi intézményének megfelelő felkészültséget mobilizálja, szakértőként jelenik meg. Ugyanaz a színtér egyfelől pszichoterápiás piac, másfelől szakmai nyilvánosság.

Kompetens egy ágens abban az esetben, ha elérhető számára az a *felkészültség* és rendelkezik azzal a *legitimált* mozgástérrel, amelyek a probléma kezeléséhez szükségesek (Horányi 2009). Vagyis nem elegendő a tudás- és gyakorlatbeli kompetencia, hanem érvényességi feltételeknek is teljesülniük kell. Másképpen fogalmazva a kompetencia azt jelenti, hogy az ágens

megfelelően képviseli az intézmény által előírt viselkedés adott típusát, pl. a kompetens pszichoterapeuta szerepet.

A terapeutának szerepénél fogva hozzájárása van bizonyos felkészültségekhez, viszont csak akkor szakértő is egyben, ha ezek a felkészültségek a terapeutai feladathoz kapcsolódó problémakezeléshez szükségesek, azaz relevánsak, és egyúttal legitimek is. Amiből az következik, hogy meg kell különböztetnünk *nem szakértő* és *szakértő terapeutát*. Előbbire az jellemző, hogy rendelkezik ugyan specifikus felkészültséggel, amellyel teljesíti a terapeuta funkcióhoz kapcsolódó feladatokat, viszont a felkészültsége nem legitim. Ilyen nem szakértő, laikus terapeutának tekinthetjük azt a terapeutát, aki az adott módszerrel elismert, hivatalos képzettség nélkül dolgozik. Egy új módszer kialakítója, például Freud a pszichoanalitikus módszer kidolgozásakor szintén szükségszerűen ilyen szerepet visz.

Ezt a megkülönböztetést bevezetve értelmezhetjük azt a kérdést is, hogy az a terapeuta jelölt, aki a képzési elvárásnak megfelelően pszichoterápiát csinál, szakértő-e, azaz a felkészültsége legitim-e. Azt mondhatjuk, hogy legitimitása megvan, de korlátozott az a kör, amelyben érvényes, ez a korlátozottság *színtérhez kötött*. Az az esetmegbeszélő csoport, amelybe a jelölt a páciens kezelésével kapcsolatos tapasztalatokat elviszi, s ahol visszajelzéseket kap, érvényesnek, legitimnek tekinti a felkészültségét, azon a szintén a kompetencia elismerésének alapja a képzési eljárás normatívája és a szakmai közeg kontrollja. A képző intézmény és a képzésben résztvevők által olyan mozgásteret kap a jelölt, amelyen belül legitimált a cselekvés. Viszont nincs meg a felkészültség legitimitása a képzésen kívüli színtereken: sem a finanszírozásban, sem a terápiában nem tekinthető szakértőnek a jelölt. Miközben azonban a hivatalos szabályozás szintjén nem áll rendelkezésre olyan eljárás, ami ezt a problémát feloldja, a pácienssel a terápiás kontextusban egészen más a helyzet. A terapeuta jelölt jól teszi, ha tisztázza a jelölti státuszát, pontosabban a terápiás szetting részeként határozza meg saját jelölti státuszát: ez egy olyan terápia, amelyet nem szakértő terapeuta vezet. Ezen a ponton élesen látszik a páciens és terapeuta közötti interakció fontossága a legitimáció szempontjából.

Ha a terapeuta rendelkezik is azzal a felkészültséggel, amellyel a terápiát vinni tudja, ehhez a felkészültséghez hozzá kell tartoznia a rá vonatkozó elismerésnek, hogy a felkészültség (tudás, képesség, jártasság) valóban megvan. Különbséget kell tehát tennünk a kétféle legitimáció között: egyrészt a szakmai közeg kompetensnek ismeri el a terapeutát, aki rendelkezik a szükséges tudással (tehát *szakértő*); másrészt a páciens elismeri a terapeutát mint aki segíteni

tud neki (tehát jó terapeuta). Ha közelebbről megnézzük, hogy a kétféle legitimációnak mi a forrása, meglepő eredményre jutunk.

A „hivatalos” legitimációt a szakma adja a terapeuta számára, az elméleti tudás és a technikai jártasság megszerzése és elismertetése történik különböző, kapcsolódó képzési és vizsga szintereken. A terapeuta felkészültsége azonban mindezekben a szintereken csupán áttételes módon reprezentálódik, terápiás tudása csupán részlegesen, esetenként torzítva jelenhet meg. A személyes alkalmasság megítélése problematikus minden segítő szakma esetén, de másról is szó van. Az az ismeretelméleti probléma is jelen van, miszerint a pácienssel folyó munkában nem vesznek részt azok, akik a legitimációt adják, nem láthatják, mi folyik ott, hiszen ha részesei lennének a terápiás helyzetnek, akkor az már nem ugyanaz lenne. A szupervíziót is úgy definiáljuk, hogy ott a terapeuta és nem az eset/páciens szupervíziója zajlik. Eszerint a legitimáció alapját ebben az esetben a terapeuta jelölt különböző típusú *prezentációi* adják, mint a részvétel a sajátélményű terápiában (belső lelki kapacitások és azok változásának megmutatkozása), szemináriumi dolgozat (elméleti tudások), esettanulmány (terápiás kapcsolat reprezentációja), stb. Ezek a prezentációk a felkészültség egy-egy komponense tekintetében relevánsak, de nem nyújthatnak teljes képet (Meyer, 1995). Arról, milyen terapeuta egy terapeuta jelölt, nagyon áttételes képpel rendelkeznek a képzési szintér szereplői. Két olyan ágens kategória van, amelynek közelebbi rálátása lehet a terapeuta terápiás aktivitására: a munkatársi közegnek, a teamnek a tagja és maga a páciens.

A munkatársak is a szakmai legitimációban illetékesek, de más módon, mint a képzési szintér szereplői. A munkatársak perspektívájából a terapeuta sokkal kevésbé *jelölt*ként mutatkozik, hiszen a betegek kezelésével foglalkozó team tagjaként osztozik a feladatokban, a kötelezettségekben, partneri vagy hierarchikus viszonyok mellett is kompetenciája csaknem teljes lehet.²⁴ A szorosabb, kooperációs viszony révén nagyobb az esély arra, hogy a terapeuta jelölt megkapja felkészültsége elismerését. Ez önmagában egy korlátozott, *lokális* legitimitást biztosíthat illetve a teljes szakmai legitimációhoz hozzájárulhat annak a követelménynek a teljesítésével, ami elismert képzőhelyen klinikai gyakorlatot ír elő a jelöltnek. Része ennek a kérdésnek az is, hogy bizonyos tevékenységekre kevésbé lehetséges egyáltalán legitimációt adni.²⁵ A munkatársak, a lokalitás ágensei viszont a pszichoterápia gyakorlatát és a tudás egyik forrását jelentő műhelyek kollektívumainak a részei. Érdekes vonatkozás, hogy a 70-es

²⁴Habár a *pszichoterapeuta* jelölt foglalkozására nézve általában orvos vagy pszichológus, az elemzett mechanizmus általánosítható a segítő szakmák teljes körére, ahol képzés és kompetencia felmerül a lokalitásban.

²⁵Nevesített képzés hiányában például a krízisterápiára való kompetencia, felkészültség elismerése csak a lokalitáshoz kapcsolódhat.

években, a Pszichoterápiás Hétvégek indulásakor a csoportvezetői stáb lényegében egy munkatársi kollektíva is volt (Harmatta, 2006), intézményesült képzés híján egyszerre töltötte be ez a közeg a teljes szakmai legitimáció és a munkatársi, szorosabb kapcsolaton alapuló kompetencia delegálás funkcióját.

Mindezekről jelentősen eltér a *páciens legitimációs kapacitása*. A páciens közvetlenül tapasztalja a terapeuta terápiás aktivitását, a „bőrén érzi” azt, közvetlen hozzáférése van annak a terápiás kapcsolatnak az élményéhez, amit a terapeutával együtt hoznak létre. A pszichoterápia színtereinek egyetlen más szereplője sem rendelkezik ezzel a hozzáféréssel. A páciens legitimáció esetén nem a terapeuta jó vagy rossz minősítéséről, nem a páciens elégedettségéről van szó, hiszen ezek a dimenziók is a képzési vagy terápiás intézményi struktúrákhoz kapcsolódnak. Itt arról a nagyon fontos konstitutív, specifikus jellemzőjéről van szó a terápiás helyzetnek, hogy a páciens aktív részese a folyamatnak, kölcsönhatásban van a terapeutával, az általuk létrehozott színtéren a kommunikációban *együtt részesednek*.

Ezt a kommunikatív viszonyt a páciens-mint-ágens problémája konstituálja: azáltal jön létre a terápiás kommunikáció, hogy a páciens a problémát felmutatja, prezentálja a terapeutának. Mint a kezelő és páciens közös perspektívájáról szóló alfejezetben kifejtettem, a páciens a terápiában közvetlenül megtapasztalja a probléma felismerését és megoldását. A terapeuta problémakezelésének közvetlen tapasztalata lesz azután a páciens legitimáció forrása. Fontos megkülönböztetnünk azonban a terapeuta problémakezelésének két oldalát, mivel ez rávilágít, milyen viszonyban van a kétféle legitimáció. A terapeutának a páciens problémát értelmező aktivitása kapcsolja a problémát a terápiás intézményi gyakorlathoz abban az esetben, ha a terapeuta szakértőként van jelen. Ha nem szakértő, akkor csupán a pszichoterápia társadalmi intézményként funkcionáló rétegéhez kapcsolja. A terapeuta-mint-ágens saját problémájának csak részben forrása a páciens problémája, főként a páciens probléma értelmezési kényszeréből fakad. Tehát a terapeuta problémája is a terápiás helyzethez kapcsolódik, de nem a pácienshez kötötte, hanem attól függetlenül, a terapeuta sajátjaként mutatkozik s két meghatározó eleme az intézményi kód és a terapeuta személyisége. A terapeuta részt vesz a páciens problémájának kezelésében, s ezzel együtt saját problémáját is kezeli.

Az előzőleg leírt kétféle legitimáció eszerint a terápiás helyzet kétféle vetületével kapcsolatos: a páciens sajátvilága és a szakmai közeg a két pólusa.

A *terapeuta legitimációjának szerkezete* ezek szerint a pácienssel, a közvetlen munkatársi szakmai kapcsolatokkal és a tágabb szakmai közeggel való viszonyrendszerként írható le. A

terapeuta mindhárom komponenssel sajátos kommunikatív viszonyban van. A pácienssel a terápiás kommunikációban, a munkatársakkal lokálisan a teammunkában, a szakmai közösséggel pedig szakmai kommunikációban részesedik. Ebben a rendszerben az egyes ágensek között különbséget kell tennünk az ágensek integráltsága tekintetében. Az egyedi páciens az egyedi terapeutával individuális ágensként kapcsolódik. A kezelői team kollektív ágens, s a kezelés keretétől függően a páciens vagy a terapeután keresztül kapcsolódik ehhez a kollektív ágenshez, amelynek egyedi ágensként alkotója a terapeuta is (pl. egy magánrendelés teamje és a páciens viszonya ilyen), vagy pedig a páciens integráltabb része a lokális közegnek, közvetlenül is kapcsolódik a teamhez (például osztályos kezelési helyzetben). A szakmai közösségnek mint kollektív ágensnek egyedi ágensként tagja a terapeuta, de nem része a páciens: csupán a páciens reprezentációi jelennek meg a kollektívum belső nyilvánosságában. A szakmai közösséghez a páciens tehát áttételesen, a terapeután keresztül kapcsolódik, például esettanulmány tárgyaként egy konferencián, ezt biztosítják az adatvédelmi, betegjogi szempontok, a terápiás titoktartás, az absztinencia és a keret. A terapeuta legitimációjának forrása ebben a szerkezetben úgy írható le, mint egyfelől a páciens sajátvilágában a *terapeuta és a terápiás kapcsolat* reprezentációja, megmutatkozása; másfelől a szakmai közösség tagolt belső nyilvánosságában a *páciens és a terápiás kapcsolat* reprezentációja. Amikor például ez utóbbi forrás kongruensebbé tétele érdekében novellaszerű esetleírások helyett interakció történetet javasolnak (Meyer, 1995), akkor épp azt mondják, hogy kevésbé a páciens, inkább a kapcsolati tartalom jelenjen meg a szakmai nyilvánosságban.

A terápiás kapcsolat mindkét póluson reprezentálódik, ez a reprezentációs réteg feloldhatja a legitimáció paradoxonát. A páciens legitimációnak – tehát, hogy a páciens elismeri a terapeuta adekvát felkészültségét – és további terápiás történéseknek a következményeként két egyedi ágens által alkotott *kollektív ágens* jön létre, ezt nevesíti is a szakma a terápiás szövetség, munkaszövetség fogalmában. Kifelé ez a kollektív ágens úgynevezett aktorként mutatkozik, ez a mutatkozás sajátosan különbözik a lokális és a szakmai közösség szintjén. A lokális szinten, például osztályos teamben a kollektív ágens alkotó mindkét egyedi ágens saját személyében és kollektívumként is jelen van, pl. a nagycsoport nyilvánosságában kapcsolatuk reprezentálódik. A szakmai nyilvánosságban ezzel szemben csak a terapeuta lehet/szokott lenni ennek az aktornak a reprezentánsa.

A páciens és a terapeuta által konstituált kollektív ágens rendelkezik egy belső világgal, belső nyilvánossággal is, amit terápiás térnek hívunk, s amelynek a tartalmi közvetlenül kizárólag az ő számukra elérhetőek és általuk sajátosan értelmezettek. Ennek a belső, kollektív sajátvilágnak

a feltárulása közvetetten, közvetítetten történik például az esettanulmányokban. Ugyanakkor e tartalmak között minden bizonnyal szerepel a terápiás kapcsolatra vonatkozóan az a tartalom, miszerint a *terapeuta a páciens által legitimált*. Ezt a minőséget expliciten tartalmazza a kollektív ágens sajátvilága, s impliciten tartalmazza a kollektív ágens aktorként való megjelenése önmagában. Vagyis amikor a szakmai közösség a terapeutát legitimálja, akkor implicit módon abból a már a priori létező legitimációból indul ki, ami a páciens elismerő aktivitásából származik. Ha a terapeuta kellően integrált a lokális teamben, akkor ez az implicit legitimáció a teamben mint kollektív belső nyilvánosságban megjelenik, tematizálódik. A lokális teamben nagyobb eséllyel érhető el a legitimitás olyan módon, hogy az explicit és implicit komponens szinkronban van.

Előfordulhat ugyanakkor, hogy a *páciensi, implicit* legitimáció és a *szakmai, explicit* legitimáció eltérő tartalmú. Két alapesetet érdemes elkülöníteni: 1.) a páciens elismeri a terapeutát, de a szakmai közösségi legitimáció elmarad, nem lehetséges; 2.) a szakmai közösség által legitimált terapeutát a páciens nem ismeri el. További kérdés, hogy ezekben az esetekben a lokális team attitűdje mennyiben elismerő vagy nem az. Minél inkább a normatív szabályozásnak igyekszik megfelelni a team, annál kevésbé hagy teret a laikus terapeuta működésének, ugyanakkor minél kevésbé szabályozható normatívan az adott terápiás aktivitás (pl. pszichózis terápia), annál nagyobb mozgásteret kap a terapeuta, annál nagyobb szerepe van a páciensi, implicit legitimációnak.

Sajátos példája ennek a dilemmának az a gyakori eset, amikor pszichiátriai, rehabilitációs, stb. kórházi osztályokon csoportokat vezetnek azok a szakemberek, akiknek nincs csoportvezetői képzettségük. Ezekben az esetekben a terapeuta és a páciensek csoportja által alkotott kollektív ágens belső nyilvánossága differenciáltabban tartalmazhatja a terapeuta elismerését, hiszen különböző vélemények jelenhetnek meg ezzel kapcsolatban. Mondhatjuk, hogy a terapeuta kompetenciájának megítélése nem egységes, nem lehet egységes a csoportban, a differenciáltságot fenntartják a csoportdinamikai viszonyok, az eltérő személyes kapcsolódások a terapeutához. Vagyis az előzőleg implicitként jelölt legitimáció forrása, a csoport belső nyilvánossága kevésbé egyértelműen reprezentálódik. A csoportot mint kollektív ágenszt a csoportvezető fogja reprezentálni *aktorként a lokális teamben*. Miután ugyanebben a közegben történt a csoportvezetői szerepre való delegáció, nagyobb eséllyel esik egybe a terapeuta külső, explicit legitimációja és a belső, implicit legitimáció. Ez a konstelláció magyarázhatja, miért maradnak fenn stabilan és gyakran nagyon hatékonyan olyan osztályos csoportvezetői működések, ahol az intézményes pszichoterápiás legitimáció hiányzik. Hasonló

viszonyrendszer látható azoknál a pszichoterápiás módszereknél is, ahol a módszerspecifikus felkészültségnek nem része a csoportvezetői képesség és kompetencia, ugyanakkor a módszer alkalmazása gyakran csoportban történik.

2.3.1. Társadalmi legitimáció – terápia, képzés, kutatás

Az előbbieken az egyedi terapeuta kapcsán volt szó a legitimációról, mint az egyedi ágens kompetenciájának konstituenséről. Ugyanakkor minden egyedi kommunikációs megnyilvánulás, amely mérlegre teszi a kompetencia kérdését, nem csak az egyén szintjén, hanem a közösség, az intézmény szintjén is releváns. A legitimáció célja az intézményi konstitúciók fennmaradása.²⁶ Mint láttuk a legitimációs kérdés több szinten érvényes: hogyan fogadtatható el a jelölt mint terapeuta, a pszichoterápiás irányzat, maga a pszichoterápia mint társadalmi intézmény. A pszichoterápiás tér zárt lélektani tér, ezért a rálátás csupán ezeken a színtereken és kommunikátumokon alapulhat: közvetett leírások (esetleírás); koterápia (például pszichodráma); megfigyelés (családterápia; video); résztvevő megfigyelés (családterápia, csoportterápia); szupervízió. A társadalmi legitimáció forrásai ezzel szemben: a páciens; az elmélet, az emberkép; társtudomány, társszakma; a társadalmi legitimáció eszközei pedig például a jog, a képzés.

Egy szignifikáció, egy terapeutai intervenció adekvátsága az adott intézmény keretein belül ítéltető meg, kötött az intézményhez. Pszichoanalitikus módszerrel vezetett ülésen elhangzó értelmezés adekvátságát a pszichoanalitikus kód által jellemzett színtér kontextusában ítéltetjük meg, illik hozzá vagy nem. Egy inadekvátnak tűnő intervenció ugyanakkor egy más kontextusban, más kóddal működő módszerben adekvát lehet. Például rendszerszemlélettel gondolkodva egy egyéni serdülőterápiás helyzetben elhangzó közlés értelmet nyerhet egy családterápiás helyzetben; az osztályos csoport dinamikáját világosabbá teszi a nagycsoportfolyamat követése.

A pszichoterapeuta képzés során azt sajátítja el a szakember, hogy a módszerre milyen releváns szignifikációk és milyen, a jelentésadásokat meghatározó szabályok érvényesek: a módszer egy tünetet hogyan értelmez, hogyan kapcsolja össze a tünetet a pszichés valósággal, a gonddal,

²⁶ „Az intézmény legitimációja alatt azokat a szimbolikus eljárásokat és/vagy gyakorlatokat értjük, melyek révén a közösség egy része az intézményi konstitúciók fennmaradását, megkérdőjelezhetetlenségét igyekszik fenntartani.... a legitimáció az intézményen belül zajló konstitúciókat egymással koherensnek és ezáltal magát az intézményt homogénnek mutatja.” (Pete, P.Szilczl, 2007, 56.)

milyen társas rendszerbe helyezi a páciens, stb. Ezek a szignifikációs módok aztán meghatározzák a terápiás kommunikáció színterének sajátosságait, például a szetting elemeit; a résztvevők körét. A pszichoterápiának, a módszerek az *elfogadottságából* származik az, hogy a kommunikációs közösség (szakmai közösség, terápiás team) számára a világ, azaz a terápiában releváns emberkép, terápiás elmélet és technika leírása helyes. Ha az intézmény elfogadottsága megszűnik, a közösség tagjai sem tekinthetik érvényesnek a kódot. Így váltják egymást az egyes új, kipróbált, divatos, aztán háttérbe szoruló módszerek, irányzatok. A legitimáció forrásai az ágens számára azok a megkérdőjelezhetetlennek tűnő konstitúciók, amelyek a tanulás, a szocializáció, tekintélyekkel, ősökkel, meghatározó személyekkel való találkozás révén válnak elérhetővé. A pszichoterápiás tudás megjelenése a társadalmi nyilvánosságban a legitimáció feltétele, ez egyben a társadalmi intézményként való leírás része is.

A pszichoterápia mint intézmény legitimációja szempontjából két további konstituenst vizsgálunk meg közelebbről: a kölcsönös tudás a legitimáció forrásának tekinthető; a harmadik fél a legitimáció egyik eszköze. A pszichoterápia mélyrétegét is érintő paradigma, a diszkurzív megközelítés a kultúrát a közös tudásnak, közös szimbólumoknak, a közös jelenségeknek történetileg kialakult rendszereként fogja fel (Kézdi, 1995). Azzal egészítem ki ezt a leírást, hogy a külvilágot (a kontextust, a kultúrát) az interakcióban szükségszerűen képviseli egy személy, egy ágens, a *harmadik fél*. A kétszemélyes terápiás kapcsolati helyzet felfogásom szerint sosem diádikus, hanem legalábbis három szereplős. A kommunikációs helyzet harmadik szereplőjének a perspektívájából a kommunikáló két ágens egy egységnek tűnik fel: kollektív ágensként, pontosabban aktorként működik.

A *harmadik fél* egy funkció, egy szerep: előfordulhat, hogy a kétszemélyes interakcióban az egyik résztvevő fogja ezt a funkciót megvalósítani, például résztvevő megfigyelés esetében. A harmadik fél az, amely más társadalmi intézményekhez illetve színterekhez képes kapcsolni a pszichoterápiát. Míg a terapeuta-mint-agens aktorként lép fel és a terapeuta-páciens által alkotott kollektív ágens képviseli, addig a harmadik fél a külvilágot reprezentálja a terápiás térben. A harmadik fél olyan módon kapcsolja össze a terápiás teret a külvilággal, amely módot ad a legitimáció kiterjesztésére.

Az ágens azonosítható az adott problémakezelésben releváns felkészültségeivel. Több kommunikáló ágens esetén egyes felkészültségeik közösek lehetnek, e közösség a kommunikáció előfeltétele, például ilyen közös tudás a közösen használt nyelv. A közös

felkészültségek egy része reflektált lehet, azaz az ágensek a felkészültségeik közösséget felismerik, tudatában vannak, ekkor *kölcsönös tudásról* beszélünk. Például páciens és terapeuta ágensként *közös* tudással rendelkezik a páciensnek a terápiában feltárt élettörténetéről, kölcsönös tudásuk van a terápiás keretről. Hangsúlyos a közös és a kölcsönös tudás különbsége a terápiás folyamat kommunikációs szempontú leírása során.

Egy algoritmus összefoglalja a leírást:

1. a terápiát megelőzően a páciens és a terapeuta eltérő felkészültségekkel rendelkeznek a problémát illetően;
2. a páciens a probléma megoldásért jön a terápiába;
3. a terápiás kommunikáció során a problémára vonatkozóan közös felkészültségekre tesznek szert azáltal, hogy mindkettejük számára elérhetővé válnak korábban nem elérhető felkészültségek;
4. a közös tudások egy része reflektálatlanul marad (például a kognitív terápiás módszerrel dolgozó terapeuta nem ad értelmező visszajelzést a páciens áttételi reakcióira);
5. a közös tudások másik része reflektált, azaz kölcsönös tudássá válik (ez írja le például azt a helyzetet, amikor a páciens a kognitív terápia során az áthangelődést megtapasztalja, s a pozitív tapasztalat megfelel a terapeuta várakozásainak; vagy a dinamikus pszichoterapeuta által az ödipális fókuszra adott értelmezést követően belátás következik be, a páciens érzelmi reakciót él át.)

E didaktikus szakaszolás aláhúzza, hogy a pszichoterápia központi mozzanata a *kölcsönös tudás*, pontosabban kölcsönös többletfelkészültség létrejötte, mely egyfelől a terápiás hatás kommunikáció alapú leírását teszi lehetővé, másfelől a pszichoterápia legitimációjának kulcsa. A terápiás helyzet intimitása nem teszi lehetővé a nyilvánosság révén történő legitimációt, mint láttuk még a szakmai nyilvánosságban megjelenő esetleírások sem alkalmasak a pszichoterápia intézményének a legitimálására. A legitimáció eredeti forrásaként látszanak viszont működni a kommunikáló ágenseknek a terápia során létrejövő kölcsönös tudásai. Ilyen kölcsönös tudás jön létre például abban a tekintetben, hogy a terapeuta a páciens által legitimált.

A pszichoterápia társadalmi legitimációjához szükséges, hogy ez a kölcsönös, kapcsolatban definiálódó tudás a társadalmi kommunikáció más színterein is megjelenjen, transzformálódjon. Ennek a módja további elemzés tárgya lehet. Mindenesetre az a feltevés, hogy vannak közös pontok, metszetek a sokféleségben, felveti azt a kérdést is, hogyan beszélhetünk a pszichoterápia egységességéről. Például az egészségügyi állami finanszírozás

egyik kódrendszerre, a napi gyakorlathoz, a tényleges költségekhez, a szakmai tartalmakhoz viszonyítva torz ambuláns pontrendszer esetében tudható, hogy azok, akik létrehozták, kialakították, rendelkeztek egyfajta korlátozott tudással a pszichoterápiáról, de az a nyelv és szignifikációs-konstitutív alap, amellyel dolgoztak, nagyon kevésbé releváns a pszichoterápiára vonatkozóan. Ebből adódik, hogy a pontrendszer a pszichoterápia társadalmi legitimitációját nem képes előmozdítani, gátolja, hiszen nem képes kapcsolni más társadalmi intézményekhez, mint például a jogrendszerhez. Az esetleg mégis létrejövő kapcsolódás révén a pszichoterápiára vonatkozó tudás, a kialakult kép torzul, például a jogrendszert tekintve igazságtalanság jön létre.

A pszichoterápiát az eddigiek szerint úgy fogom fel, hogy abban jelentésadások körül kölcsönös többlettudások jönnek létre. Ezt a társas tanulási folyamatot a természetes pedagógia csecsemő-megfigyeléssel igazolt, evolúciósan is értelmezett modellje (Csibra, Gergely, 2007) sajátosan árnyalhatja. E modell szerint a *pedagógia* alapvető emberi kommunikációs típus. Az egyik fél tanárként, a másik fél pedig tanulóként vesz részt a viszonyban, közöttük vertikális jellegű kulturális tudásátadás történik, s a kontextus jelzett abban az értelemben, hogy a számukra osztrénv ingerek révén egyértelművé válik, hogy pedagógiai helyzetben kommunikálnak.

A páciens és a terapeuta viszonyában érvényes a tanár-diák szerepmegosztás, ahol leegyszerűsítve – eltekintve a "páciensektől tanulva" vonatkozásától – a páciens a diák, a kezelő a tanár szerepét veszi fel. A pszichoterápiában a tanár/terapeuta által olyan tudást tartalom explicit kommunikációs manifesztációja történik, amely a páciens tüneteit valamely pszichoterápiás irányzat tudáskészlete mentén értelmezi. Ezt az értelmezést tekinthetjük az átadott, megtanult tudásnak. Ez a tudás annyiban általánosítható, az adott szituáción kívül is érvényes, hogy nem csupán egy konkrét kezelési helyzet, ülés konkrét megnyilvánulására vonatkozik, hanem szélesebb jelenségkör értelmezésére alkalmas. Például az áttételi érzés nem egy elemi jelenséghez, hanem egy hosszabb folyamat során felépülő viszonyuláshoz kapcsolódik. A diák/páciens az átadott tudást annak értelmezi, ami, *tudástartalomnak*. A pedagógiai modell a tanár/páciens aktivitását igényli, a tudásátadás vertikális jellege a pszichoterápiás helyzetben a terapeuta kompetenciájának felel meg.

A pedagógiai helyzet szükségszerű része az az osztrénv kommunikáció, amivel a tanár pedagógiaiként jelzetté teszi a helyzetet. Ez a jelzettség analóg a terápia "mintha" jellegével: a

terápiás kereten belüli történések egyben értelmezhető tünetek is. Az *osztenzió*²⁷ tehát a terápiás kerettel analóg, az osztenzív kommunikáció az alapja a keretet meghatározó interakciónak, konkrétan a "mintha" kommunikációra való képesség alapját jelenti a kommunikációs kompetencia oldaláról. A *referencia*, a tudás vonatkozási-alkalmazhatósági tartománya a pszichoterápiás tudás esetén világosan értelmezhető: a célkitűzés, a módszer, a probléma körülírja, milyen területen szükséges adaptív többlettudás a kezelés révén. Kiemelendő, hogy mind az osztenzió, mind a referencia dimenziójában az ágensek jelzései kétirányúak, *kölcsönös kezdeményezési* lehetőséggel bírnak. A tudásátadás *relevanciája* igényli azt a feltételt, hogy a diák/páciens számára új tudásról legyen szó. Ezt a tanár/terapeuta azáltal képes teljesíteni, hogy fel tudja mérni a diák/páciens hiányzó tudását, meg tudja ítélni, a diák/páciens a releváns tudásból következő módon viselkedik-e. Ehhez a megkülönböztetéshez a tanár/terapeutának önismeretre, saját tudásáról metareprezentációra van szüksége.

Kizárólag a pácienssel való kapcsolatra alapozódhat annak a megállapítása, hogy egy terápia működik és elfogadható, azaz a társadalmunkban legálisnak számít és meg is értik az emberek, hogy miről szól, s ezáltal valóban bíznak benne, azaz 'eladható': ezek összessége adja a terápia társadalmi legitimitációját. A tudás átadása a legitimitáció alapja; az egyedi pszichoterápiás helyzet egyben a legitimitációs folyamat része is. A legitimitációs struktúra elemzésében megjelent *harmadik fél* tipikus esete a képzés. Felmerül az a kérdés, hogy a képzés maga tekinthető-e úgy, mint a pszichoterápiás tudás helye, hordozója, a pszichoterápiára vonatkozó tudás benne van-e a képzésben? Amellett érvelek, hogy *nincs benne*. A képzés a társadalmi legitimitáció intézményesült helye, a formális struktúrákba ez kapcsolja a pszichoterápiát, ugyanakkor a társadalmi legitimitáció (elfogadottság, előítéletmentesség, értékvonatkozások, társszakták elismerése, releváns tudás, stb.) más helyei (pl. médiamegjelenés, társadalmi nyilvánosságban való részvétel) kevésbé kidolgozottak, kidolgozhatók. Az alternatív medicinális, ezoterikus „terápiák” azért versenyképesek, mert nagyon magas a társadalmi legitimitációjuk szintje a kapcsolati vonatkozásban, mint „bizalom” „hit”.

Kommunikációs szempontból a képző és a terapeuta motivációja jelentősen különbözik. A képző célja a tudás átadása (pedagógiai, osztenzív jelleg), ezáltal a jelölt terapeuta státuszának *megerősítése*; a terapeuta célja a páciens *gyógyulása*, azaz páciensi státuszának *megszüntetése*. A képzés tehát olyan tudást tartalmaz, amely a másik szerepének differenciálására, a terápia olyant, amely a másik szerepváltására irányul. Egyes megközelítések ezt a két funkciót

²⁷Az *osztenzió* jelentése ebben a vonatkozásban tágabb, mint a participációs elméleten belül értelmezett *osztentatív* kategóriája, mely a szakrális szignifikáció alapja.

összekapcsolják, összemossák – például személyközpontú terápia szerint a gyógyulás tulajdonképpen a személyiség kiteljesedése –, de a terápiás szituáció ágenseinek szerepleosztását ez nem érinti. Habár tanulmányi terápiának, sajátélményű terápiának hívjuk, a *képzés és a terápia* analógiája korlátozott. Egy kiképző egyesület számára például ezek a célok adottak: „A nemzetközi egyesületnek azt a feladatot kellett megoldania, hogy

(a) gondoskodjék a tudás megbízható átadásáról;

(b) garantálja a kiképzettek elméleti és gyakorlati kompetenciáját;

(c) a kiképzettek alkalmazhassák a megszerzett tudást, azaz gyakorló szakemberként – pszichoanalitikusként – működhessenek.” (Szőnyi, 1999, 24.)

Az analitikus sajátélmény leírása szerint: „Így tartalmi része abszolút személyes, folyamata akkor hatékony, ha elválasztódik a formális követelményektől, s a résztvevő saját változási («terápiás») motivációja mozgatja. Kétféle elvárást táplálnak a személyes analízis mint képzési rész kapcsán: a kandidátus tapasztaláson keresztül ismerje meg a folyamatot, a tudattalan működését (s így jobban saját személyét); «gyógyuljon meg» minden konfliktusából, történjen «vakfolttalanítás» (váljon hibátlan terápiás eszközzé).” (Szőnyi, 1999, 24.)

A pszichoanalitikus felkészültség/képzés/ esetén is belső ellentmondás, hogy a sajátélményű terápia kötelező, miközben a terápia önkéntes. Mindkét helyzetben van egy személyes motívum: sajátélményű terápia esetén a képzési előírás, illetve a mögötte álló legitimitási kényszer; a terápia esetén a szenvedésnyomás, a tünetek kényszerítő ereje. A két motívum között alapvető különbség a társas meghatározottság mértéke.

Hol történik az analitikus tudás átadása? „Hagyománnyá az válik, amit sokan osztanak, a közös tudás, nem pedig a jobban tudás.” (Szőnyi, 1999, 28.) A *személyes analízis* az analitikus intézményi konstitúció, szignifikáció konstitutív alapja: abban határozódnak meg az analitikus típusú jelentésadások mintái, a jelölt ezen keresztül ismeri meg az értelmezés, a kapcsolódás, áttétel stb. szignifikációit. Ha a személyes analízis hordozza a tudásátadás fő elemét, akkor a létrejövő kompetencia minősíti a jelöltet és a kiképzőt egyaránt, a jelölt definitíve nem haladhatja meg a kiképzőt, vagy csak ugyanolyan mértékben „analizált” vagy kevésbé. Ez formális logikai úton kizárja azt, hogy a tudás átadása kizárólag személyes analízisben történjen. Hasonló módon a *kiképző intézményről* és a *szupervízióról* is kimutatható ugyanez.

A képzési folyamat részeként definiált sajátélményű terápia kommunikációs szempontból nem azonos a pszichoterápiával, más a szignifikáció konstitutív alapja: a képzés a terápiához képest olyan transzcendens pozícióban van, amilyenben például a realitáshoz képest a fikció. Míg a

terápiában a páciens részvételének önkéntességét a betegség/probléma, az abból eredő szenvedésnyomás/kommunikációs kényszer adja, addig a sajátélményű képzésben az ismereti igény mellett a képzési előírás, mint kötelezettség jelenti ezt az alapot: a képzés konstitutív része a társadalmi legitimáció mint célkitűzés. A képzés azáltal lesz képzés, hogy legitimálást ígér (papírt) és nem konstitutív része a pszichoterápiás tudás átadása (készség, alkalmasság). A képzést úgy is elvégezheti valaki, hogy nem alakul ki a képessége a terápiára. Ez a fő paradoxon: *a képzés képesítést ad, de nem ad képességet*. Erre a paradoxonra utal az is, hogy a c) pontban megjelölt célkitűzés eltér az első kettőtől abban, hogy azt a kiképző egyesület önállóan nem lehet képes teljesíteni, ez a pont implikálja a társadalmi legitimációban való sikeres részvételt is.

Felmerül az a kérdés, hogy hol a helye annak a pszichoterápiás tudásnak, amely akár a kölcsönös tudás, akár a pedagógiai modell mentén értelmezve átadásra kerül. Szőnyi szerint a „A pszichoterápiás tudás: *tapasztalati sűrítmény* – ezért csak korlátozottan átadható; *rendkívüli komplexitás* – ezért csak korlátozottan átlátható; *személyes tudás* – ezért csak korlátozottan megosztható” (Szőnyi, 2000, 50.).

Olyan szintér jöhet szóba, ahol a pszichoterápiás tudás a pácienssel való *kapcsolatban értelmezhető*. Kölcsönös tudás mint többletfelkészültség jön létre, melynek összetevői:

- a terapeuta tudása a pszichoterápiáról, a páciensről, a betegségről, önmagáról, a tudás mibenlétéről (nyelvileg korrektebben kifejezve a tudás irányultságát: a terapeutának a pszichoterápiára, a páciensre, a betegségre, önmagára, a tudás mibenlétére *vonatkozó* tudása);
- a páciens tudása a pszichoterápiáról, a terapeutáról, a betegségről, önmagáról, a tudás mibenlétéről (nyelvileg korrektebben kifejezve a tudás irányultságát: a páciensnek a pszichoterápiára, a terapeutára, a betegségre, önmagára, a tudás mibenlétére *vonatkozó* tudása).

A pedagógiai modell módot ad a képzés mellett a terápia és a kutatás összevetésére is, hiszen a pszichoterápiás helyzetre és a kutatási kontextusra eltérő módon tudjuk értelmezni. A kutatási kontextus egyik olvasatban biztosan az irányzatok versengéséből, legitimációs nyomásból származik. Amikor kutatási kontextus is része a helyzetnek más a tanulási folyamat iránya: a páciens által birtokolt tudás megosztása és absztrakciója történik, vagyis a páciens a tanár szerepet veszi fel, míg a terapeuta/kutató a diákét. A páciens részéről az osztracizáló kommunikáció arra irányul, azt erősíti meg, hogy a kutatási kontextus nyomása ellenére is képes a "mintha" jelleg fenntartására. A kutatási motívum behatárolja a referenciát, hiszen különválnak a kutatásban hasznosuló, alkalmazható tudás és a terápiás változás tartalma: a

referencia a kutató/diák oldalán értelmezhető csupán. A páciens-től származó tudás relevanciájának kutatás felőli fontosságára számos adalékot nyerhetünk a pszichonálízis fejlődéséből. Itt csak egy közhelyszerűen emlegetett tényre utalok: az analitikus irányultságától függően a páciens megtanulja, hogy milyen álmokat hozzon az órákra. Azaz a terápiás kommunikáció eredményeként, hallgatólagos tudására alapozva a páciens képes felmérni, milyen tartalmak lesznek relevánsak a terapeuta számára.

A potenciális tér megléte, kialakítása szükséges a pszichoterápiához, ugyanakkor a kutatási kontextus megnehezíti létrejöttét, hiszen attól válik "mintha" kommunikációra alkalmassá a helyzet, hogy a dolgoknak 'nincsen tétje', nem kell eldönteni, hogy egy megnyilatkozás igaz vagy sem, valós vagy fikció, hogy egy tárgy belső vagy külső, hanem eleve ebben a "mintha" pozícióban van, abban maradhat. A kulturális antropológia ebbe a köztes pozícióba helyezi a szimbólumot, ami lehetővé teszi az objektivitás normájának meghaladását a társadalomtudományi kutatásban (Kapitány, Kapitány, 2002). Ha kutatási protokoll vagy más külső elvárás mentén zajlik a kommunikáció, akkor a háttérkontextusnak hatása van a potenciális térre, élesebbé teheti a viszonyokat.

A kutatási kontextus a pszichoterápiás helyzethez további hatótényezőket, jelenségeket társít. A páciens életproblémája a kutatási attitűd felől esetnek látszik: a páciens kezelésének története esetleírásba foglalható, a problémakezelés esetkezelésként fogható fel, a terapeutai működés az eset kapcsán szupervízióban reflektálható. A kezelés központi eleme, a betegség a kutatás felől objektiválódik, adatként reprezentálódik, hiszen ezáltal válik statisztikailag feldolgozhatóvá. A kutatói attitűdnek az az egyik jellegzetessége, hogy az egyedi esetből is általánosat igyekszik leszűrni. A terápiában történő felismerés kategóriapárja a kutatási kontextusban az általánosítás, a terápiás változásnak megfelelő dimenzió pedig a kutatásban a hatékonyság, a problémakezelésnek egy mérőszáma.

Esetenként a kutatási dimenzió elnyomhatja, felülírhatja a terápiás dimenziót, mint azt a mindennapi terápiás munka társadalmi, finanszírozási, tudományos értékelésében tapasztaljuk, a hatékonyság mérőszámai elnyomják azt az egyedi változási mértéket, amit a páciens megélhet. Élesen vetődik fel a kérdés, hogy a terapeuta vajon miben gondolkodik: 'hogy hatékony a módszerem, s ezért kutatható, vagy örülök, mert változik a beteg, lehet, hogy nem a terápia egyes paraméterei által, hanem mert találkozott egy szép nővel, de hát akkor is'. A páciens felkészültségéhez ebben a kutatási kontextusban az tartozik, hogy felismeri, ő az alanya egy kutatásnak, e többletfelkészültség révén tudatában van annak, vagy legalábbis háttértudása

van arról, hogy a terápia körül kutatás is történik. Érzékeli a megfigyeltség állapotát, azt, hogy kifelé, a terápián kívülre láthatóvá válik valahogyan, még ha transzformált módon is.

A terapeuta-kutató felkészültségének relevánsnak kell lennie nemcsak a terápiás feladatokkal, hanem a kutatási kontextust illetően is. Ez a relevancia eltérő lehet a két irányban, egyeztetésük, az eltérések felismerése a terapeuta-kutató fő feladata. Amikor a terapeuta visszajelzést ad a páciens keretszegéséről, akkor annak a közlésnek a relevanciája, vonatkozási pontja egyaránt lehet a keret és a kutatási protokoll keretszabálya is. Kérdés, hogyan marad elkülöníthető ez a kétféle relevancia?

A felkészültségnek elérhetőnek kell lenni a terapeuta számára, tehát tudnia kell mobilizálni a terápiás helyzetben és a tudományos kontextusban is érvényes módon. Alapkérdés a hasznosság, a társadalmi érték vonatkozása, hiszen az egyedi terápia – amely a segítői attitűdöt hordozza – nem ad ilyen mértékben általános vonatkozást. Átgondolást érdemel, hogy egy bizonyos terápiás módszer hogyan konvertálható társadalmi szintre, ahol az az egyedi élmény tükröződik, hogy a módszer 'milyen klassz'. Például a dialektikus behavior terápia eredményesen gyógyítja a borderline betegeket, ezt meg lehet állapítani, alá lehet támasztani, de az egyéni terápiás helyzetben nincsen ott az az intencionális rész, hogy az egyedi, aktuális terápiát azért csináljuk, hogy az alátámassza e hasznossági megállapítást. Az egyedi perspektíva támogatja a terápia működéséhez szükséges potenciális tér létrejöttét, viszont az általános perspektíva egyidejű jelenléte, bekerülése nehezíti azt. A kutatói felkészültséghez eszerint hozzá kell tartozzon ennek a komplexebb helyzetnek az olyan módon való kezelése, hogy a kutatói intenció ne akadályozza meg a terápiás játéktér fennmaradását.

A terapeuta részéről megjelenik az a probléma, ami a páciensnél is, miszerint a megfigyeltség jelen van a helyzetben, hiszen ha tudományos dolgozatot, esetleírást akar írni, akkor rögzítenie kell, fel kell dolgoznia a tartalmakat, sok tekintetben számba kell vennie ezt a kérdést a háttérben. Ez az aktivitás minden bizonnyal befolyásolja a terápiás kommunikációt. S végül a tudományos megközelítésben szintén felmerül a kérdés, hogy mi is hat a terápiában, illetve hogy mire fókuszál a terápia és mire a kutatás.

A probléma és a felkészültség elemeinek a terápiás helyzetet és a kutatási kontextust integráló leírásában számos illeszkedés adódik. A kutatási kontextusnak tájékoztatás, beleegyező nyilatkozat formájában való nyílttá tétele az etikai, jogi normák érvényesülésén túl éppen azzal a haszonnal jár, hogy a páciens és kezelő/kutató eltérő értelmezési alapja összekapcsolódhat.

Tipikus példája ennek, amikor a terapeuta által írt esetleírást a páciens olvassa, a szöveg által explicitté tett értelmezés visszakerül a terápiás térbe. Ahogyan a terápiás harmadik félhez való viszonyban, úgy a megfigyeltség állapotának élményében is közösség alakulhat ki páciens és kezelő között. Hasonló kölcsönhatás képzelhető el a következő kategóriapárok között: terápiás keret és kutatási protokoll, hallgatólagos tudás és objektivitás, terapeuta és kutató határhelyzete, potenciális tér és intézményi környezet, életesemény és élettörténet, titoktartás és adatkezelés, kongruencia és érvényesség.

2.3.2.A hallgatólagos tudás elemei

A pszichoterápia tudásátadás, kulturális tudásátadás. A tudásátadás pedagógiai modellel koherens leírásához további alapot adhat a hallgatólagos tudás koncepciója, Polányi Mihály elgondolása. Eszerint az ember a tudása egy részét nem tudja leírni, sőt, ha megkísérli tudatosan fogalmazni, akkor elveszíti azt a képességet, amiről éppen beszél. Ebből az következik, hogy a tudásátadás egy része, a *hallgatólagos tudás* átadása csak sajátos, implicit módon történhet. Ilyen hallgatólagos tudásátadás történik a pszichoterápiában, a pszichoterápiás képzésben is (Terenyi, Kotsis, 2007). Kiemelendő, hogy a pedagógiai modell is egy a személyes tudással analóg kategóriát vezetett be: a tanár saját tudásához való metakognitív hozzáféréstől beszél mint a relevancia feltételéről.

Polányi a tudományos felfedezés és a hétköznapi megismerési folyamat szerkezeti analógiájából indul ki, kifejti a hallgatólagos összetevő univerzális szerepét a megismerésben, továbbá megkülönbözteti az eltérő, de összekapcsolódó pozíciókat betöltő *járulékos* és *fokális* tudatosság minőségeit. Minden megismerés *valahonnan valahová* szerkezetű: a hallgatólagosan támpontot adó, járulékos részletekből hallgatólagos integráció, személyes ítéletek révén jutunk el annak a tárgynak az explicit megismerésére, amire fokálisan figyelünk (Molnár, 2002). Polányi számos példában elemzi és illusztrálja ezt az általánosítható folyamatot.

Mivel figyelmünknek egyszerre csak egy fókusza lehet, a kétféle tudatosság kölcsönösen kizárja egymást, egyszerre csak az egyiknek lehetünk tudatában. Polányi ezt a Gestalt pszichológiában kidolgozott *rész/egész* viszony mintájára gondolta el. „*Minden részlet értelmetlenné válik, ha szem elől tévesztjük azt az ábrát, amelyet együttesen alkotnak*” (Polányi 1994, 107.). Kiemeli azt a zavarodottságot, feszélyezettséget, ami akkor keletkezik, „*ha fokális figyelmünket olyan részletekre fordítjuk, amelyeknek korábban csak járulékosan voltunk tudatában*” (Polányi 1994, 106.). Amikor az analitikus technika *szabadon lebegő figyelemre*

szólít fel, valójában a járulékos tudatosságra helyezi a páciens és az analitikus figyelmét. Ha a páciens figyelme konkrét történésekre, problémák megoldására rögzül, a szabad asszociáció megtörik, a terápiás kontextusban zavarodottság (ellenállás) jön létre. Az analízis hatásmódja úgy is értelmezhető, mint ennek a zavarodottságnak az elemzése.

Polányi a hallgatólagos tudás koncepciójával jól használható értelmezési keretet dolgozott ki a gyakorlati tudásnak, a készségnek, a jártasságnak, s mindezek átadásának a megértéséhez is. Az ember számtalan, önmaga számára is megfogalmazhatatlan, nem tudatosuló tudással rendelkezik, melyek a cselekvésben, a *készségek* működésében jelen vannak, megragadhatóak. Polányi felfogásában a kutató is egy *mesterség* képviselője, s ennek a mesterségnek a részei azok a készség jellegű tudások, amelyekről explicit kijelentések formájában nem tud a mester számot adni. Amikor a mester a tanítványt megtanítja a mesterségre, a hallgatólagos tudáskészletet is örökíti, sőt, a lényegi, készségszintű működés csak ennek mentén, s a tekintély és bizalom összhangjával adható át. A készségek összetett egysége, a „mesterség” *csak közvetlen kontaktus révén* adható át, sajátítható el. Az inaskodás fő tényezője valójában ez a személyes jelenléti, kapcsolati kommunikációs elem: „*Egy olyan mesterséget, amelyet nem lehet részleteiben jellemezni, nem lehet előírások révén átadni sem, mivel nem léteznek ilyen előírások. Csak egy mester tudja példa segítségével megtanítani az inasnak*” (Polányi 1994, 101.).

A mester-tanítvány viszonyban a *mesterség* készségeinek integrált átadása történik, ennek a folyamatnak jelentős része a hallgatólagos tudás szintjén zajlik. Hasonló módon, általánosan a pszichoterápiás képzés során a *másikkal való foglalkozás* készsége az, ami átadható, átadódik. A pszichoterápiás kapcsolatban ugyanakkor szükségszerűnek látszik a *változás* készségének – a változtatás képességének – a páciens általi elsajátítása. A pszichoanalízis/pszichoterápia gyakorlása is mesterség, számos készség komplex egysége, amelynek megtanulása, elsajátítása nem lehetséges tankönyvekből, hanem csak személyes kontaktusok révén. A *pszichoterapeuta képzés* prototípusa, etalonja ma is a pszichoanalitikus kiképzés.

A *terápiás változás* folyamata további koherens példája a hallgatólagos tudásnak: többnyire nem érzékeljük explicit módon, a fokális tudatosság mentén; rejtetten alakul, meghatározatlan. Annak ellenére van ez így, hogy a páciens és a terapeuta konkrét változást vár a tünetekben, s a tüneti javulást konkrét tényként (fokálisan) észlelik is. Ezek azonban nem a terápiás (terápia kontextusában létrejövő) változás részei. A változás észleléséhez a járulékos tudatosság feltételezése szükséges. A gyógyítás kontextusában a fokális tudatosságnak a tüneti

kezelés/javulás szintje felel meg (például lázcsillapítás, pszichotikus tünetek disszimulációja). Ha „csak ezt látjuk”, számos alapvető jelenség mellett elmegyünk, ugyanakkor csupán ezek észlelése mentén lesz esélyünk a járulékosan jelen lévő tényezők megértésére. Ez jelenik meg abban a pszichoterápiás alapelvben, hogy a terápiás cél elsődlegesen a tünetek redukciójára irányul.

„Mert ahogy tudásunk ... hallgatólagos jellege miatt mindig képtelenek leszünk mindazt elmondani, amit tudunk, ugyanúgy a jelentés hallgatólagos jellege miatt sohasem tudhatjuk egészen, hogy mi következik abból, amit mondunk” (Polányi, 1994, 168.). Ez a gondolat szinte mottója lehet az értelmezésről szóló szakasznak. Az értelmezés mint szakmai terminus a pszichoanalitikus elmélet és technika kialakulása során jelent meg, központi szerepet játszik a pszichoanalitikus kezelésben és eszköze minden dinamikus pszichoterápiának. Freud megkülönböztette az analitikus által kimondott, illetve a csak önmagának megfogalmazott értelmezéseket, az előbbit tarthatjuk tényleges kommunikatív aktusnak. Fenichel a freudi nézetet a következőképpen fejt ki: „Az interpretáció segít valami tudattalant tudatossá tenni úgy, hogy néven nevezi abban a pillanatban, amint éppen áttörni készül (tudatközelbe kerül).” (idézi Vikár Gy. 2000, 210.) Az értelmezés egy komplex folyamat részeként fogható fel, *alappfeltétele*, előkészítője a páciens szabad asszociációja, szabad képzetáramlása, ezek közlése verbális és nemverbális csatornán. A tulajdonképpeni *interpretáció* során „az (analitikus) értelmezésével a (páciens) asszociációihoz tudatelőttés vagy tudattalan kontextust fűz” (Thomä, Kächele, 1987, 10. o.). A leegyszerűsített interaktív séma záró aktusa a páciens *reakciója*, amely ideális esetben a belátás (insight), tehát annak érzelmi és kognitív felismerése, megerősítése, hogy az értelmezés helytálló. Természetesen számos esetben az értelmezés nem megfelelő, célt téveszt vagy korainak bizonyul, esetleg a terapeuta megfogalmazása volt inadekvát. A terápiás folyamat során újabb és újabb értelmezések révén jön létre a változás (gyógyulás, tüneti redukció).

Járulékos és fokális tudatosság között *hasonló a logikai viszony* ahhoz, ami a terápián belül, a páciens és terapeuta által kidolgozódó közös jelentéskonstrukciók, közös narratívák, kapcsolati mintázatok meghatározatlan tartalma illetve a terapeutai értelmezés között áll fenn. Ha az értelmezés a meghatározatlan jelentéshálóból csupán egy elemre fókuszál, a mintázat egésze elveszti jelentését, széttöredezik. Az értelmezés akkor adekvát, ha kapcsolati szinten is koherenciával bír. Ahogyan járulékosan tudatában vagyunk testünk részeinek, a terapeuta is járulékosan van tudatában számos történésnek, áttételi viszonyoknak, fantáziának a terápiás helyzetben. Amikor értelmezést mond, ezeknek a viszonyoknak egy lehetséges, általa

érvényesnek tartott jelentését ajánlja a páciens számára. Az értelmezés ideálisan a terapeuta járulékos tudatosságából származik és megjelenik a fokális (explicit) tudatosságban: az értelmezéshez *mindkét minőségre szükség van*. Ha az értelmezés túlzottan fókuszált, túlrészletező, 'nincs a helyén', akkor a terápia pszichológiai tere, a potenciális tér kimerevedik, hasonlóan az egyensúlyát veszített kerékpározóhoz, akinek le kell tennie a lábát a földre.

Az utóbbi évek egy hangsúlyos új elemet építettek be az analitikus folyamat és hatás megértésébe, ez „a korai kölcsönös viselkedés módjait” tartalmazó (Erdélyi, 2005) *implicit kapcsolati tudás* konstrukciója illetve ennek az anya-csecsemő kapcsolatban és az analitikus helyzetben való megmutatkozása, a *találkozás-pillanat* (Tényi, Herold, Lénárd, 2000). Ehhez a koncepcióhoz számos ponton koherensen kapcsolható Polányi felfogása. A modern idegtudomány eredményeihez illeszkedően a deklaratív emlékezet, explicit tudás mellett az új koncepció fokozottan épít a procedurális memória (procedurális reprezentáció) szerepére. A procedurális reprezentáció nem feltétlenül válik szimbolikusan kódolttá: ez valójában annak – a fentiekben Polányi nyomán tárgyalt jelenségnek – a leírása, hogy a készség (hogyan tegyünk a dolgokat, hogyan kell kerékpározni) szavakkal teljességgel nem leírható. Sajátos szín, hogy az analitikus irodalomban az utalás az élettelen világgal való kapcsolódásra több helyen a Polányi számára is kedvenc kerékpáros példával történt (Stern és mtsai, 1998, Pető, 2003). „A pszichoanalízis számára a biciklizésnél fontosabb azonban az a tudásterület, hogy *hogyan tegyünk a másokkal kapcsolatos dolgokat (hogyan viszonyuljunk másokhoz)*. Ennek a tudásnak is nagy része procedurális tudás...” (Pető, 2003). E leírás szerint tehát az implicit kapcsolati tudás a másikkal való kapcsolat működtetésére vonatkozó *procedurális* tudás. A korábbi szakaszok leírásából ugyanakkor látható, hogy a személyes tudás is alkalmas erre a kapcsolati implikációra, annál is inkább, mivel éppen a szubjektív momentumra helyezi a hangsúlyt.

A pszichoanalitikus hatás többletét vizsgáló tanulmányban Stern és mtsai (1998, 2.o.) ezt írják: „Ugyan az értelmezések és a 'találkozás pillanatai' együtt hathatnak, kölcsönösen lehetővé téve egymás felbukkanását és megerősödését, de az egyik nem fejezhető ki a másik fogalmaival. Egyik sem igényelhet privilegizált helyet a változás magyarázatában. Különálló jelenségek maradnak... Komplementerek.” A két összetevő egymáshoz való viszonya analóg azzal, ahogyan Polányi a fokális és járulékos tudatosság viszonyát leírja. Összetartoznak, egyaránt fontosak az észlelési folyamatban, egyik nincs a másik nélkül, egyiknek sem tulajdonítható kizárólagos szerep. Azt mondhatjuk, hogy az analitikus folyamat *fokális* eleme az értelmezés, *járlékos* eleme a találkozás pillanataiban megnyilvánuló implicit kapcsolati tudás.

Polányi Mihály ismeretelméleti modellje révén árnyalható a csoportanalitikus elmélet mátrix fogalma is. A csoport komplexitását kifejező „mátrix” egyúttal egy logikai viszony leképeződése is: azt a potencialitást tartalmazza, amely a Polányi-féle hallgatólagos tudás sajátja. A csoportvezető a csoport észlelése és a csoportban történő interakciói során számos olyan információhoz jut, amelyeket nem képes szavakba önteni, mégis tudásként birtokolja azokat. A komplexitás jórésze ilyen *hallgatólagos tudás* formájában, nem tudatos módon érhető el a csoportvezető számára. E modell segítséget jelent abban, hogy megértsük, a vezetői attitűd nem veszik el a részletekben, hanem az úgynevezett csoportegészre képes beállítódni. A terápiás változás leírása is lehetséges e modell révén: a hallgatólagos tudás átadása mint sajátos kommunikatív aktus szerepel ebben. Polányi elméletének alkalmazása a csoportpszichoterápiára még inkább megalapozza a csoport-egész minőségében való gondolkodás létjogosultságát is.

Járulékos és fokális között hasonló a logikai viszony ahhoz, ami a csoport mátrix és a csoportvezetői beavatkozás sajátos típusa, az értelmezés között áll fenn. A mátrixban/a mátrix által tudattalanul zajló folyamatok járulékos tudásként foghatók fel, melyek kiemelkedései, létrejövő mintázatai jelentéssel telítődnek. Ahogyan testi szerveinknek járulékosan vagyunk tudatában, a csoportvezető is járulékosan van tudatában számos csoportbeli pszichés történésnek, mélylélektani kategóriákkal kifejezve áttételi-viszontáttételi viszonyoknak. Ha a csoportvezetői beavatkozás ebből a jelentésből csupán egy kiragadott elemre fókuszál, az egész mintázat elveszti jelentését, széttöredezik. A csoportvezetői beavatkozás, például az értelmezés akkor adekvát, ha a csoport szintjén is koherenciával bír, vagyis a csoporttagok tudattalanja által alkotott mátrix megmarad a hallgatólagos tudás szintjén. Ha az értelmezés túlzottan fókuszált, az olyan, mint amikor a kerékpáros a lábtartására figyel és elveszti az egyensúlyát, emiatt le kell tennie a földre a lábát. A mátrix kimerevedik, széttöredezik.

3.A CSOPORT MINT KOLLEKTÍV ÁGENS

A csoportot a páciensek és a kezelők közösen elérhetővé váló többletfelkészültsége és a létrejövő kollektív sajátvilág konstituálja. A csoport integrációjának élménye az egyedi ágens perspektívájában az *odatartozás* érzése. A csoport tagjainak integrációját a terápiás keret szabályozza és teszi lehetővé: a keretszabályok egy része konstitutív (pl. "mintha" kommunikáció), másik része regulatív (pl. titoktartás) jellegű. A kerettartás képessége szocializációs lépések eredménye. A kollektív ágens egyaránt érvényesül a páciensek és kezelők mint individuális ágensek változásában, a csoport mint egész változásában és a csoport

környezetének mint kommunikatív környezetnek a változásában. A terápiás csoport kommunikációjának elemzésekor három perspektívát különíttek el: a csoport mint aktor a környezettel való viszonyban; a csoport saját világa, belső környezete, belső nyilvánossága illetve külön fejezetben a csoportvezető, aki a csoport határán helyezkedik el.

Az osztályos csoportok egymáshoz való viszonyának összetettsége koherens módon visszaadható a szintér és kollektív ágens fogalmak behelyettesíthetősége révén. A csoportok tagjai különböző csoporthelyzetekben eltérő konfigurációkkal vesznek részt. A nagycsoport egyik típusú értelmezése szerint kiscsoportok konglomerátuma (Szőnyi, 2005), azok rejtett vagy nyílt módon alkotják a nagycsoportot. De ha nem eszerint értelmezzük a nagycsoportot, akkor is nyilvánvaló, hogy abban jelen vannak más osztályos csoportok résztvevői, csoportvezetők, csoporttagok. Előfordul, hogy valaki az egyik csoportban tag, a másikban vezető, tagként vagy vezetőként jeleníti meg az adott csoportot. Az individuális ágensek az egyes szintereken tehát nem csupán egyedi ágensekként vesznek részt, hanem képviselnek, reprezentálnak, megjelenítenek olyan kollektív ágenseket, amelyeket egyébként, más szintereken alkotnak. Az egyik szintér ágensként jelenik meg a másik szintéren, ahol az ágens kollektív ágenshez kötött egyedi ágens. A nagycsoport olyan szintér, amelyen akár a teljes kiscsoport mint kollektív ágens jelen lehet, például a személyzeti csoport mint kollektív ágens tagjai teljes számban jelen lehetnek. Mégis más az az ágens állapot, amikor a csoport saját szokásos helyszínén ülést tart és más az, amikor a nagycsoporton van jelen.

A személyzetnek más tagjai is jelen vannak a nagycsoporton illetve a nagycsoport megbeszélésén, s előfordul, hogy utalás történik a személyzeti csoport eseményére, például tartalmi párhuzam értelmezésekor. Ilyenkor kommunikációs zavar támad, hiszen azok a személyzeti tagok, akik nem tagjai a személyzeti csoportnak, nem értik az értelmezést, az utalást, nem részesedhetnek abban a többletfelkészültségben, amiben a személyzeti csoport tagjai. Ez inkább arra tereli a személyzeti csoport tagjait, hogy ne osszák meg a személyzeti csoportülésre utaló asszociációikat, azaz ne nyilvánuljanak meg személyzeti csoport tagjaiként: a személyzeti csoport mint kollektív ágens ne legyen nyíltan reprezentálva a nagycsoporton illetve annak megbeszélésén. Másképpen: a kollektív ágens egyedi tagjainak mozgásteret korlátozott ezen a szintéren.

Hasonló jelenség betegcsoportok esetén is előfordul: csoporttagok beszámolnak a kiscsoportban szerzett tapasztalatról jó esetben a csoporttitok határáig. Ugyanakkor mint kollektív ágens mégsem igen jelenik meg explicit módon az az adott csoport, csupán az egyedi

agens reprezentálja. Gyakoribb az, hogy egy kiscsoportos kapcsolati mintázat, konfliktusos interakció lenyomata jelenik meg a nagycsoporton, az analógia különböző fokai viszont értelmezésre szorulnak. Visszafelé is előfordul hasonló folyamat: a nagycsoport dinamikája tükröződik a kiscsoporton. Ezekben az esetekben a kollektív ágensek sajátvilágai illetve sajátvilág töredékei azok, amelyek megjelennek a másik szintéren. Attól függően, hogy mennyiben átjárhatóak az egyes csoportok határai, azaz az egyes kollektív ágensek mennyire integráltak, eltérő az a mérték, amilyen eséllyel átkerülnek az analóg minták. Az erősen kerettartó, csoporttitokkal védett csoportok tartalmai sokkal kevésbé explicit módon jelennek meg más szintereken.

A csoport nemcsak akkor létezik kollektív ágensként, amikor a csoportszobában ülésezik, hanem azon kívül is. Azt mondhatjuk, hogy csoport eltérő módon mutatkozik az ülések alkalmával és azokon kívül. Például esetenként a csoport tagjai az ülésen kívül is találkoznak, ez osztályos csoportok esetén elkerülhetetlen. Az informális találkozások mégsem foghatók fel csoportülések szintereiként: a kétféle szintér a terápiás keret által megkülönböztethető.

A szintér ágenshez kötöttségének explicit példája a *csoporttitok*, amely integrációs erővel bír, másfelől a csoporttagok mint ágensek mozgásteréhez köthető, azt szabályozza. A személyzet reflektív csoportjának tartalmai például tipikusan erősen integrálódnak. Ugyanakkor az osztályos munka ismert tapasztalata, hogy a csoporttitok ellenére a mintázat mégis megjelenik, ha értelmezésre szorulóan is. A személyzet felkészültségének része kell, hogy legyen ezeknek a szinkron jelenségeknek a felismerése, tolerálása.

A nagycsoport szintjén a kiscsoport mint kollektív ágens megjelenik, de nem hoz magával önálló szintert. A kiscsoport szintjének elemei megjelenhetnek a nagycsoporton. A személyzet a nagycsoporton is integráltabb kollektív ágensként jelenik meg, mint a betegek csoportja.

A szintér fontos funkciója, hogy az "in vitro" problémát, amely az ágens számára absztrakt módon létezik, vagyis nem elérhető, kommunikációba vonja, tagoltsága révén mozgásba hozza, kategorizálja. A probléma in vivo esetként jelenik meg a szintéren. A betegség mint probléma tekintetében a diagnózis felel meg az "in vitro" formának, míg az in vivo betegség a problémakezelés különböző szinterein, a vizsgálat, a kezelés keretében mutatkozik. A terápiás csoport olyan szintéreként szolgál, amelyre a reflektív kapacitás is jellemző. A páciensnek inputja van a betegség szubjektív részére, a gondra és a kapcsolódó panaszra vonatkozóan,

nincs közvetlen inputja a tünetre, csupán a kezelőn keresztül. A kezelőnek mint ágensnek nincs inputja a betegség szubjektív oldalára, a beteg gondjára, a szenvedésére. A kezelő és páciens által alkotott kollektív ágens szerencsés esetben rendelkezik már ezzel az inputtal, pszichoterápiás helyzetben minden bizonnyal, reflektív, terápiás csoportban feltétlenül. A kollektív ágenshez az input a potenciális tér létrejötte által aktív.

A humán ágens architektúra része a potenciális térrel rendelkezés kapacitása, amely nem eredendő felkészültség, hanem személyiségfejlődés korai szakaszában alakul ki az anyagyermek interakcióban. A potenciális tér minden humán interakcióban rekonstruálódik kisebb-nagyobb mértékben, esetenként erre a rekonstrukcióra nincs lehetőség a saját kapacitás vagy a környezeti hatások miatt. A pszichoterápia kedvez ennek a rekonstrukciónak, a pszichiátriai osztályos szintér a hierarchia miatt erősen ellene hat.

A mozgástér más ágensek által legitimált része a szintérnek, határait konfliktusok jelölik ki. A pszichoterápiás szemléletben különösen érvényes az, hogy a mozgástert nem csak más ágensekkel létrejövő (külső) konfliktusok, hanem belső konfliktusok is kijelölhetik (pl. erkölcsi érzék, bűntudat, elfojtás). A belső konfliktus érzékelésének képessége a felkészültség része.

A mozgástér fogalma alkalmas a pszichoterápiás keret, a terápiás setting leírására. A páciens és terapeuta egy szerződésben rögzítik azokat a szabályokat, célokat amik szerint dolgoznak, s ami alapján tudni lehet, hogy mi fér bele a keretbe, mi legitimált. A terápiás szerződés rögzíti a kategoriális mozgástert mint keretet és a megvalósuló esetek képezik a faktuális mozgástert. Viszont mivel nem lehet minden szóba jövő esetet előre leszabályozni, egyes esetekben a hallgatólagos tudásban jelen lévő közös megegyezés ad útmutatást, esetenként pedig egy alkufolyamat kezdődik a keret normáinak módosításáról. Több ágens esetén, mint a csoportban, sajátosan gazdag ez az alkufolyamat, az integráció részévé válik.

Ha páciens betegségbelátással nem rendelkezik, az csökkenti a saját mozgástertét és a kezelő mozgástertét is. Például esetleg csak abban az esetben tudja kezelésbe vonni a páciens, ha a törvényileg szabályozott kényszerintézkedést tesz, amelyben azonban korlátozott a mozgástere, hiszen bejelentési kötelezettsége van, felülvizsgálati eljárásban kell résztvenni kezelőként, a kezelést időközönkénti felülvizsgálatával együtt kell működtetnie, továbbá lényegi emként a pácienssel való kooperációjában is korlátozza a kényszerintézkedés mint negatív előzmény.

A pszichoterápiás keret, a csoportkeret a mozgástér része, illetve a csoport mint kollektív ágens saját mozgásterének konstituense a keret.

A nagycsoportban definitíve egyenlők a mozgásterek a csoporttagok számára, ahogyan a reflektív kiscsoportokban is, ezt fejezi ki a szabad kapcsolódás, a szabadon lebegő beszélgetés terminusa. Közelebbről azonban ez a mozgástér sem azonos teljesen a csoporttagok számára. Eltérő felkészültségekkel jönnek a csoportba és eltérő az a mozgástér, amit megenged számukra a többi ágens illetve amit megengednek csoport szabályai. Az azonos kiscsoporthoz tartozók mozgástere például eltér a többiekétől a csoporttitok által behatárolt tartalmak értelmében. Ez az egyenőtlenség a felkészültségben is megjelenik, a kiscsoport tagjai rendelkeznek bizonyos felkészültségekkel a saját csoportjukat illetően, amivel a többiek nem rendelkeznek.

Az ágens a számára kijelölt mozgástéren belül a felkészültségeivel együtt mutatkozni képes, a számára kiszabott kategoriális mozgástér szűkebb, mint a faktuális mozgástér. A páciens számára például a faktuális mozgásteret érintő kérdés, hogy a csoportban megnyilatkozhat-e olyan attitűddel, tartalommal, hogy ő nem beteg. Ilyenkor nem betegként nyilatkozik-e meg, vagy pedig olyan betegként, akinek az attitűdje nem szokványos tartalmú. Hasonlóan a a megnyilatkozó csoportvezető esetében is releváns kérdés: milyen ágenspozícióba helyezi a csoporttagot betegségbelátás tekintetében. Látható, hogy a betegségbelátás mint felkészültség mentén a mozgástér is érintve van.

Fontos kérdés, hogy ki adja a kezelő mozgásterét – sok esetben a páciens. A terápiás csoportban is a páciensek adják a legitimációt és jelölik ki a mozgásteret. A bevonódást, működést segíti, ha a páciens legitimálja a kezelőt és nem például külső autoritást legitimálja. Paradox helyzet a terápiás csoportban, ha a kezelő a páciensektől nem kap legitimációt, hiába kap legitimációt a külső autoritástól, beszűkíti a mozgásterét. Ez is része a csoportok elindításának, előkészítésének mint folyamatnak.

Olyan esetek különösen fontosak, amikor az ágens számára legitimált mozgástérre kategoriálisan vagy faktuálisan nem rendelkezik felkészültséggel. Kategoriálisan nem felkészült például a csoportban való részvétel mozgásterére az a páciens, akinél hiányzik a terápiás indikáció ehhez. Ténylegesen ezért elő sem fordul szerencsés esetben, hogy a kategoriálisan nem felkészült páciens bekerül a csoportba. Az az eset is előfordul, hogy a

páciens faktuálisan nem felkészült a részvételre, habár a mozgástere adott: például a szenvedésnyomás csökkenése miatt lecsökkent a motivációja.

Sajátos mozgástér a potenciális tér a terápiás szintéren belül. Az jellemzi, hogy az ágensek kölcsönösen legitimálják egymás mozgásterét azzal (propozicionális illetve a nem propozicionális attitűddel), amely megengedi a jelentések eldöntetlenségét, a "mintha" kommunikációs módot, az átmeneti tárgyak és jelenségek köztes jellegét.

Speciális jelenség pszichotikus páciensek csoportjaiban, hogy a már javuló állapotú, kevésbé pszichotikus páciens nem képes annak kommunikációs módnak a fenntartására, amire korábban képes volt, s amelyre a pszichotikus csoporttársak aktuálisan is képesek. A faktuális felkészültség változása, hiánnyá alakulása idegenség élmény mellett a meglévő mozgástér ellenére is nehézséget okoz. Releváns klinikai kérdés ugyanakkor, hogy a pszichotikus páciensek milyen terápiás munkamódra vonatkozóan rendelkeznek faktuális felkészültséggel és ebből következik-e az a vizsgálható, vizsgálatokkal alátámasztható vagy cáfolható jellemző, hogy a pszichotikus páciensek kategoriális bírnak-e a kérdéses felkészültséggel.

Valójában minden új terápiás módszer úgy jön létre, hogy egy fázisában a résztvevő ágensek számára a faktuális mozgástér adott, azaz a páciens kedvező reakciója a módszerre legitimálja a kezelői aktivitást és mozgásteret, mely visszaigazolja a kezelői felkészültséget, majd a kezelői felkészültség külső autoritás által nyert legitimációja (a módszer akkreditációja a leírás, beválasztás, protokoll, hatékonyság, stb. alapján) adja azt a kategoriális mozgásteret amely a későbbiekben alapja lehet az egyedi terápiás szintér létrehozásának. A folyamat elejénte hát a páciens általi legitimáció áll, amely meghatározza a kezelői mozgásteret.

Hierarchikus közegben gyakori jelenség a kezelői, csoportvezetői funkció delegálása, amikor az adott páciens (pl. VIP beteg) kezelését a vezető egy bizonyos kezelőre bizza, vagy egy csoport vezetését egy csoportvezetőre bizza anélkül, hogy ebben saját motiváció megjelenne. Ezekben az esetekben a kezelő mozgásterét a külső autoritás adja. Az egy külön szocializációs folyamat kell, hogy legyen, ami szerencsés esetekben meg is valósul, hogy a kezelő és páciens viszonyában a legitimáció által megengedett mozgástér kialakuljon és például a nyers beavatkozások ellenére a potenciális tér létrejöttét meg tudják engedni.

Az identitás olyan jellemző, ami az ágens aktorként jellemzi. Az ágens faktuális mozgásterén belül kompetens, a faktuális mozgástér is része az identitásnak és a kategoriális identitását

pedig kategoriális felkészültségeinek integrációja adja. Az integrációt biztosító felkészültség az ágens saját kapacitásán belüli, ez a csoportban mint kollektív ágensben is értelmezhető.

Az osztály mint kollektív ágens integrációját, stabilitását segítik a szinkronicitást adó mechanizmusok, a reflektív csoportok különösen, ennyiben segítik a túlélést, javítják az életminőséget a rendszer szintjén. A reflektív jelleg elősegíti az integrációt abban az esetben, ha a csoport célja illeszkedik, illeszthető a rendszerintű célokhoz, amennyiben nem illeszkedik, akkor a csoport feed-back mechanizmosokon keresztül kiszelektálódik.

3.1.Csoport és felkészültség

"Az ágens problémakezelése sikeresebb lehet a szignifikatívval mint eszközzel, minthogy eredendő problémakezelő felkészültségéhez képest többletként jelenik meg." (Horányi, 2009, 220.) A csoportnak mint kollektív ágensnek az architektúráját jellemzi, hogy nyitott a szignifikatívra. Az architektúra része a potenciális tér, amely révén a szimbolikus szignifikatív elérhető. A csoport-mint-ágens felkészültségét növeli a reflexió, elérhetőkké válnak olyan szignifikánsok, amelyek egyébként nem. A felkészültségek között funkcionális különbségek vannak aszerint, hogy az ágens szerepre, a szignifikatív/konstitutív alapra vagy pedig a, világra, a problémamentifikáció és elimináció színterére vonatkoznak. A páciensekkel dolgozó terápiás csoportban ezek a dimenziók így mutatkoznak: a betegszerep, a betegség szubjektív élménye/gondja, a betegség tünete. A csoportban elérhetővé válik a szignifikatív azáltal, hogy a különböző felkészültségek elérhetővé válnak a csoporttagok és a csoportegész számára.

Az ágensek számára elérhetővé vált szignifikatív által a csoport kommunikatív, amelynek szabadsága van, hogy a felkészültségekkel a csoport színterén rekonstruált szignifikátumokkal milyen módon kapcsolódik. A csoportban a potenciális tér által elérhető szabad kapcsolódás és szignifikációs kapacitás révén megkülönböztethetők lesznek azok az esetek, amelyekben a páciens, a gond, a tünet, a panasz, a betegség, a kezelő, különböző konstriktív szignifikánsokkal és egymással különböző jelentésmintázatokban kapcsolódnak. Kommunikatív jellege alapján a terápiás csoport a pszichiátriai betegségre vonatkozó tudás/felkészültség helye.

A pszichiátriai osztályon számos különböző csoporthelyzet működik, melyekben a résztvevők eltérő módon és mértékben férnek hozzá a pszichiátriai betegséggel kapcsolatos felkészültséghez. A különböző (explicit és implicit) célokkal, (formális és informális) struktúrával, (tudatosan alakított és esetleges) összetétellel jellemezhető csoportok a társas

rendszerben eltérő funkciókat valósítanak meg, ezeket a viszonyokat részben a csoportdinamika képes leírni. A csoporthelyzetek különböznek az integráltság mértékében is és abban, milyen módon képesek tematizálni a pszichiátriai betegséget illetve azt milyen perspektívából képesek megközelíteni.

A terápiás csoport ezek között a csoportformák között célját tekintve számos specifikummal rendelkezik. A csoport egyik (legfontosabb) célja a *kezelés*, tehát az, hogy elősegítse a résztvevő csoporttagok betegségének mint problémának a megoldását. A csoport másik fontos célja a kezelési rendszer *lokalitásában* betöltött konstruktív, rendszerfenntartó szerep. A terápiás csoport harmadik fontos, de az előzőknél kevésbé explicit célja a kezelő, csoportvezető és ezen keresztül a teljes kezelőszemélyzet illetve a pszichiátriai szakma tagjai kompetenciájának a bővítése. A csoport tehát *legitimációs* funkcióval bír (Horányi, Szabó, 2007). Mind a páciens problémájának a megoldása, mind a lokális rendszerhatás, mind a kezelői szakmai kompetencia bővítése a páciens(ek) és a kezelő(k) között meglévő *kölcsönös tudásnak* a bővítése révén lehetséges: a csoport kommunikációjának lényegi eleme a közös, kölcsönös többlet felkészültség elérése.

Ez a csoportfunkció túlhaladja az egyedi kezelési célt, a rendszertámogató illetve legitimációs célt; ezeket integrálhatja, tartalmazhatja, ugyanakkor a csoporttöbbség által a csoport kommunikációja során meg is valósul a tudás, meg is mutatkozik: abban a mintázatban is benne van a tudás, ahogyan a betegségről folyik a kommunikáció, ahogyan tematizálódik, ahogyan a diskurzusban megjelenik. Ez azt jelenti, hogy *explicit tematizáció nélkül* is reprezentálja a csoport a betegségről való tudást, ebben a hallgatólagos tudás koncepcionális háttérrel jelent. A csoportnak ez a tudást tartalmazó jellege olyan többletfunkció, amely önmagában indokoltá teszi a csoport integrálását a kezelési rendszerekbe. Annak a kérdésnek a csoport szintű reflexiójáról van itt szó, ami a pszichoterápiás irányzatok esetén a módszerhez specifikus emberképet és betegségképet rendel, s a megvalósuló gyakorlat abban az esetben is tükrözi a betegségképet, ha ez explicit módon nem is jelenik meg a szintéren. Számos esetben explicit módon is egyes pszichopatológiai konstellációkhoz rendelnek a kezelési rendszerek specifikus csoportformákat (pl. alkoholtematikus csoport, pszichotikus betegek csoportja). Ez annak a jele, hogy a terápiás csoport kommunikációja felfogható a pszichiátriai betegség rekonstrukciójának, ahol például *A pszichotikus élmény társas szerkezete megjelenhet, társas rekonstrukciója megtörténhet.*

Példa

A csoportban a tagok beszámolnak pszichotikus, prepszichotikus, határmenti élményeikről, melyek a sokféleséggel, sokféle forgatókönyvvel, narratívával, élménymóddal összességében kiadnak egy mintázatot, társas szerveződést. A csoport láthatóvá teszi ezt a szerkezetet, megjeleníti a pszichózis élményének társas jellegét. A vonatkoztatás és hallucináció mint két alapélmény eltéréseit, azonosságait, határeseteit, a normalitáshoz közel eső variánsait mintegy felleltározza a csoport, absztrakt módon is és a szubjektumok konkrétságában is

A terápiás csoport mint kollektív ágens felkészültségei az alábbi szempontok alapján kategorizálhatók:

- eredendő és szerzett felkészültségek a csoporttagok mint individuális ágensek és a csoportegész mint kollektív ágens tekintetében
- a csoportvezető és a tagok elérhető felkészültségének különbözőségei
- betegségtudat és betegségbelátás mentén kategoriális leírás az ágensek felkészültségéről

Az osztályos rendszerben az egyes csoportok jellemezhetők a tagjaik és a csoportvezetők felkészültségeinek kategoriális leírása, architektúrája szerint. Az osztályos rendszer rekonstruálható az egyes csoportok mint kollektív ágensek konstellációja alapján. Ezekben a leírásokban faktuálisan és kategoriálisan elérhető felkészültségekről van szó: a reflektivitás és hierarchikusság mentén pontosabb leírás lehetséges a csoportok jellemzőiről.

A terápiás kommunikáció révén a gond illetve a gond és tünet viszonya elérhetővé válik. A reflektív csoport számára kategoriálisan elérhetőek a az individuális gondok és a csoport-egész gondja is, például a csoportanalitikus csoportban definitíve a csoport gondján keresztül érhető el az individuális gond. A nem reflektív kezelési helyzetben az egyedi tünet és panasz érhető el, az egyedi gond, a csoportszintű gond és tünet nem. A nagycsoporton az egyéni gond és tünet nincs fókuszban illetve nem önmagában érdekes, hanem csak dinamikailag értelmezett módon, viszont az intézményi gond hangsúlyos.

A csoport kategoriális felkészültségéhez az egyéni ágens csoporttagok egyéni kategoriális felkészültségein kívül a csoporthelyzetből magából fakadó felkészültség is hozzátartozik. A csoport kategoriális felkészültsége leírja milyen kapacitások érhetőek el egyáltalán a csoport által, ennél kisebb a faktuálisan elérhető felkészültség. Például a csoport ellenállása csökkenti a faktuálisan elérhető felkészültséget. Van értelme megkülönböztetni a csoport mint kollektív ágens esetén az eredendő és szerzett felkészültségeket. A csoportelméletek egy része (pl.csoportdinamika) azt mondja, hogy magában a csoportban mint struktúrában jelen van egy

olyan eredendő felkészültség, amely által sajátos hatások, folyamatok szinte szükségszerűen megvalósulnak, s ezek a folyamatok például a terápiás változás irányában hathatnak. Vagyis a csoport nem csupán szerzett többletfelkészültséget biztosít a tagoknak, hanem eredendő felkészültséget is a struktúra, a csoporthelyzet által. Ezt alátámasztják azok a koncepciók, amelyek a csoportokat evolúciósan hatékony alakulatokként a humán evolúció korai fázisában definiálják.

3.2. A csoport mint aktor

A csoport mint aktor része egy összetett rendszernek, mely közelebről a közvetlen pszichiátriai intézményi környezetet, tágabban a pszichiátriát mint társadalmi intézményt tartalmazza. A közvetlen környezet lokalitásként értelmezhető, a tágabb környezet társadalmi-kulturális kontextusként írható le. A lokalitásban kialakuló terápiás kultúra közvetlen kölcsönhatásban van a csoport belső folyamataival is és a tágabb társadalmi kontextussal is. A csoportot mint kollektív ágenst funkciója szerint a csoportvezető reprezentálja a külső környezetben, de a csoporttagok mint individuális ágensek is megjelenítik.

Példa

A heti három ülésben működő osztályos pszichoterápiás csoportot a heterogén, súlyos állapotban lévő betegek számára 6 fős team működtette. Kezdetben nem készült specifikus adminisztráció a csoportegészről illetve a csoportfolyamatról, egyedi bejegyzések történtek csoporteseményekről a betegek kórlapjába. Tudott és elismert fontossága ellenére a dokumentáció meghaladta volna a team kapacitását. Annak az igénynek a megszületésével együtt, hogy a csoportfolyamat megosztható legyen az osztály személyzetével, elindult egy - a dokumentációval kapcsolatos - konstrukciós folyamat. A csoportmegbeszélésbe beillesztett a team egy metaforageneráló részt, amelynek során a team tagok asszociatív munkamóddal egy-egy, az ülést kifejező metaforát, nyelvi szimbólumot alkottak. Ezek a metaforák egy naptárba feljegyzésre kerültek és ezzel együtt a naptárba az aznapi résztvevő tagok listáját is felírták. A teammegbeszélések idejére került a dokumentálás, ami a dinamikát jelentősen meghatározta: az elején a listakészítés, majd a végén a metaforagyártás illetve maga az egyidejűség, az egyidejű verbális kommunikáció és az írás rögzítő-közvetítő aktusa. Az ülésekre vonatkozó egyéni dokumentációt ezzel párhuzamosan a lánzlapra telepítették, a gyógyszerrendeléshez hasonlóan, de írásos vagy pecsételt ikonikus formában jelölést kapott az adott ülésen való részvétel. A pecsételés alapja a megbeszélésen elkészült lista.

A pecsételést végző és általában a napi résztvevői lista elkészítését kézben tartó teamtag kiválását követően a dokumentálás folyamata megváltozott. Egy átmeneti szünet után egy teamen kívüli kolléganő elvállalta a pecsételést, a napi lista összeállítása pedig a megbeszélésről átkerült a csoportülésre. Ezután a csoportülések rituálisan azzal kezdődtek, hogy a résztvevők jelenléti ívhez aláírtak a naptár adott napi részén. Előfordult, hogy a csoportvezető a naptárat a megbeszélő helyiségben felejtette, s egy csoporttagot kért meg arra, hogy hozza utána (a csoportvezető eredeti szakmája pedagógus). Esetenként az aláírás maga is szimbolizált cselekvéssé vált, álnév, rajz került a helyére. Később a dokumentációhoz mp3 hangfelvétel kapcsolódott.

A csoport tágabb környezetét adó kórházban az előzőleg használt, papír alapú, a gyakorlatban hónap végén sematikusan kitöltött jelenléti ív mellett egy elektronikus regisztrációs rendszert vezettek be, csipkártya segítségével a rendszer másodpercre pontosan jelzi rögzíti az érkezés és távozás időpontját, emellett a személyzet naprakészen vezeti a jelenléti ívet. Az elektronikus regisztrációnak a személyzet egy része esetében van relevanciája, a papír alapú és az elektronikus regisztrációnak egyeznie kell, másik részénél a papír alapú jelenléti ív a hivatalos, esetükben az elektronikus regisztrációnak nincs közvetlen funkciója.

A csoportnak mint kollektívumnak a regisztrálására a team három módot dolgozott ki a konstrukció során: a teamtagok metaforái, a team megbeszéléseken emlékezetből leírt névsor és a csoporttagok által aláírt jelenléti ív. A három típusú regisztráció megfeleltethető a kórházi hivatalos regisztráció alakulásának: a metafora mint szimbolizált kifejezője a csoporttörténésnek analóg azzal az állapottal, amikor a munkahelyi jelenléteket nem regisztrálják elektronikusan, a munkahelyi jelenléteket a létrejövő tartalmak reprezentálják. A team által összeállított lista analóg az elektronikus regisztráció nélküli jelenléti ívvel, amely utólag készül, a jelenléteket a névsorban szereplő név reprezentálja. A csoporttagok által aláírt jelenléti ív analóg az elektronikus regisztrációval szinkronizált jelenléti ívvel, a személy közvetlenül hozza létre jelenléte reprezentációját. Habár a két regisztráció struktúrája azonos, mégis jelentős különbség mutatkozik az ágensek viszonyában. A kórházi személyzeti regisztráció szinkronizálása elszemélyteleníti az aktust, és a dependens jelleg erősödésére mutat, míg a csoporttagok saját jelenléti íve autonóm részvételiük példája és próbája.

A partipációs modell szerint "...önálló kérdés, hogy egy adott esetben valamely rekonstruált aktor, illetőleg valamely rekonstruált sajátvilág referenciája ugyanaz az ágens-e"? (Horányi, 2009, 210.) Nagyon pontosan értelmezhető ez a kérdés annak a jól ismert jelenségnek a

leírásában, hogy az intézményi nagycsoport mint kollektív ágens ülésről ülésre más összetétellel van jelen, mégis ugyanannak a csoportnak tartják a résztvevők. A nagycsoport minden ülésen rekonstruálja a csoportot mint ágens, ebben a rekonstrukcióban azonos a rekonstruált ágens és az aktor. Az azonosság valójában a rekonstruált ágens és az extern perspektívában mutatkozó aktor között áll fenn. A csoport mint kollektív ágens minden ülésen más sajátvilágot hoz létre, más tartalmakkal, hasonlóan, ahogy az egyedi ágens reggelente eltérő hangulatokban, állapotokban ébred. Ami tehát a nagycsoport esetén is állandó és ugyanaz, az az identitás. A csoport is rendelkezik identitással, nem csak a tagjai, ennek a csoportidentitásnak a lírása a kollektív ágens kategoriális szerkezetének leírása alapján lehetséges.²⁸

A csoportot mint kommunikatívot az alábbi konstituensek jellemzik:

- szignifikatív - a jelentésadások specifikumai
- elérhetőség - a szignifikáns, a konstitutív alap és a konstrukciós kapacitás elérhetősége,
- intézményi jellemzők:
 - az a priori adott konstitutív alap természete,
 - a kommunikatív környezetben elérhető többletfelkészültség,
 - tematikus mezők és horizontok, az elérhető perspektívák együttese,
 - elegendően nyilvános kód,
 - hogyan típusú tudások a konstrukcióra, a participációra, a konstitúcióra, illetőleg a legitimációra és a prezentációra vonatkozó szabályokkal,
 - konstituív és regulatív szabályok
- funkció: közösséggé való *integrálás* normája

Ide kapcsolódik egy oda-vissza meghatározottságú viszony „közösség” és „intézmény” között. A participációs modellben a közösségnek vannak intézményei, pl. nyelve, az intézmények mint nyilvános kódok, a közösség létrejöttében, meghatározottságában szerepet játszanak; ugyanakkor a szociológiai értelemben vett intézmény részben úgy alakul ki, hogy egy létező (kommunikatív) közösség „intézményesül”, szabályai rögzülnek, struktúrába szerveződik. Példa erre a pszichoterápia: a 60-as, 70-es években „mozgalom” volt, egy szakmai közösség művelte, amely aztán a 80-as években létrehozta a pszichoterápia „intézményeit”.

²⁸Metaforikusan is megragadható ez a kérdés a tekintet sorsának követésével: a csoporttal nem lehet szembenézni, aki beszél sok esetben nem egy-egy személynek, hanem a csoportkör közepének mondván beszél. Viszont lesütni a szemünket a csoport elé is lehet, vagyis a szégyenérzet tekintetében a kollektív ágencia is érvényesül.

A csoportra is érvényes az, hogy a kommunikatív dinamikai változása aktusok keretében történik. Két dinamikai elemet érdemes kiemelni: a prezentálást és a legitimálást. A prezentálás esetén a szignifikáns prezentálása történik a prezentátor ágens által, fontos kérdés a prezentálás korlátozatlan vagy korlátozott volta. Jó példa erre a dinamikus pszichoterápia/pszichoanalízis alapvető aktusa, az értelmezés: a terapeuta mint prezentáló egy tünet értelmét mint szignifikánst kínálja fel a páciensnek, aki a participátor: számára az értelmezéssel válik elérhetővé a szignifikáns (a tünet értelme), amit sikeres értelmezés esetén a tünettől összekapcsol, ami jelen esetben a szignifikátum. A szerepek aztán cserélődnek: sikeres értelmezés esetén úgynevezett belátás alakul ki a páciensben, a hatást prezentálja. A *legimitálás* a szignifikatívok más szignifikatívok szövődésébe illeszkedtségét mutatja meg. A keret alakulása a csoportban lényegében legitimálási folyamat, méghozzá az az eset, amikor az újonnan konstituálódó szignifikatív és a korábban meglévő szignifikatívok koherenciája nem evidens, az inkoherecia feloldására van szükség. Ezekben az esetekben az inkoherecia a szignifikatív innovatív természetéből fakad, s az inkoherecia feloldása inkorporáció által történik, azaz az új keretnormát a csoport befogadja.

A csoport mint kollektív ágens magányos aktorok integrációja, sajátos kollektív ágensvilág jellemzi. Egyedi aktorfunkciók mellett közös aktorfunkció is értelmezhető mint "közös fellépés". A kollektív sajátvilág a külvilágban szűrtelen megjelenő tartalmakkal jellemezhető belső nyilvánosság, véleményáramlatokkal. A kollektív ágens lényegi jellemzője a közösségalkotás. A terápiás csoport a csoporttagok és a csoportvezető(k) nem eredendő közössége, amely a csoportban elérhetővé váló specifikus többletfelkészültség közösségén alapul. A többletfelkészültség komplex, tipikusan tartalmaz mind szimptomatikusan, mind szimbolikusan, mind osztrativán, mind szakrálisan, mind pszichésen szignifikatívon keresztül elérhető felkészültségeket. Tartalmazza azt az attitűdöt, amely a potenciális tér létrejöttével kapcsolatos, olyan szimbolikusan szignifikatív, mely tartalmazza azt a szabályt, hogy a jelentések nem kötöttek, hanem potenciálisak. A pszichoterápiás keret hasonlóan a szimbolikus szignifikatív közösségén alapul. A betegség, betegségtünet szimptomatikusan szignifikatívon illetve pszichésen szignifikatívon keresztül kerül a csoport felkészültségei közé és válik megoszthatóvá, utóbbi a szimptomatikus és a szimbolikus egységeként koncipiált. A csoportülés keret által konstituált szintér jellegében számos hasonlóság mutatható ki a szakrális szignifikatív által konstituált szinterekkel (pl. liturgia – csoportthatárok rítusai). Ez alapozza meg azt a meglátást, hogy a csoportra szakrális szignifikatív is jellemző.

Példa

Körbeülnek és várnak, és aztán történik valami, ami másképp nem történne, amiről tudják, hogy meg fog történni, ...megmutatkozik a transzcendens – megmutatkozik valami a csoporthatásból, a csoport egységéből, a csoport értelméből, ami a csoporton túl van, a csoportlélek, csoportegész. Egy rítus, egy eljárás, egy procedura, amit leír a csoportpszichoterápiás technika és módszer, és amelyet követ a csoportvezető és amire megtanítja a csoportot.

A csoportban is értelmezett a *tematizáció* jelensége, amikor egy téma a kommunikatív részévé válik, vagy megváltozik a módja, ahogyan kommunikatív volt. Kommunikálhatóvá, azaz elérhetővé válik az a tartalom, ami korábban kommunikálhatatlan, elérhetetlen volt . A csoporttagok mint ágensek szocializációjának része annak a megtanulása, hogy milyen módon tudnak egyensúlyt találni a tematizáció mentén, kimondani, megfogalmazni a nehéz, felismerni a tudatosuló tudattalan tartalmakat. Maga a csoport is egy szocializációs mód, az egyének szintjén is, és a csoportegész szintjén is, ez utóbbi a csoportkultúra alakulása.

3.3. A csoport belső nyilvánossága

A pszichiátriai betegségnek problémaként való megjelenítésében sarkalatos pont az, hogy az adott szintér támogatja-e a többletfelkészültségnek azt a típusát, amelynek két összetevője: a betegség élménye az *intimitásban*, a sajátvilágban, a privát szférában; továbbá a betegség a kezelési helyzet *nyilvánosságában*, a közszférában. A páciens számára a betegség, a pszichiátriai betegség élménye, szenvedése, sok esetben maguk a tünetek is a legbensőbb magánélet részei. A csoporthelyzetben törekvés van az ágensek bizalmi kapcsolódására, mely lehetővé teszi a páciens *gondjának* személyes élményének megjelenítését. A bensőséges jelleget a csoport kerete teszi lehetővé. Az intimitás szintje szabályozást igényel, mely a csoportvezető funkciója. A személyesség a csoportvezető felől többek között a transzparencia jelenségében mutatkozik meg. A páciens betegségének a kezelő általi értelmezése a szakmai nyilvánosságban, a pszichiátriai betegség tematizációja a társadalmi nyilvánosságban zajlik. Kulcskérdés, hogy a kezelési szintéren lehetséges-e ennek a két oldalnak az összeegyeztetése. A pszichiátriai osztálynak mint kollektív ágensnek a belső nyilvánossága erősen széttagolt a térbeli izoláció és a hierarchia következtében. A nagycsoport az osztály belső nyilvánosságát integrált módon alakítja ki.

„Médiának tekintünk minden olyan kommunikációs rendszert, amely lehetővé teszi, hogy egy társadalom betöltse három létfontosságú funkcióját: a *megőrzést*, az üzenetek és a különböző tudásformák *távolsági kommunikációját* és végül a különböző politikai és kulturális gyakorlatok *reaktualizálását*.... különösen fontos médiumként tekinthetünk az egyszerű szóbeli közlésre, a társalgásra... Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy egy klasszikus definíció szerint médiának tekinthetünk minden társadalmilag létrejött kommunikációs struktúrát, sőt a definíciót kiterjesztve, médiának nevezzük ezen struktúrák hordozóit.” (Barbier, Lavenir 2004, 13.o.)

A nagycsoport kétségkívül társadalmilag létrejött kommunikációs rendszer, ugyanakkor a kiemelt hármaskör több szinten is értelmezhető, ezek szétválogatása tanulságos lehet. Ha a *társadalommal analógiásként* fogjuk fel azt a társas környezetet (pl. kórházi osztályos rendszert), amelyben a nagycsoport működik, akkor a rendszeren belüli funkciókról beszélünk. Jelen dolgozatban ezt a szintet tekintjük elsődlegesnek, hiszen elsősorban a közegen belüli, szociálpszichológiailag megragadható jelenségek elemzése a célunk. A rendszer *megőrzési* funkciója leginkább a stabil működés fenntartását jelentheti, amelyen belül a kommunikáció szempontjából az információk (emlékek, hagyományok, működési minták, stb.) megőrzése létfontosságú. A funkcionális nagycsoport a rendszer szerves részeként alapvetően hozzájárul annak működtetéséhez. A megőrzött tudás *aktualizálása* a csoportkeret kidolgozásában, rendszerbe illesztésében, a csoportüléseken zajló interakcióban, az üléseket követő formális és informális megbeszélések értelmező aktivitásában ragadható meg közvetlenül. Abban, ahogyan mindez a mindennapi gyakorlatban megjelenik. A legkevésbé magától értetődő és speciálisan vizsgálendő a *távolsági kommunikációs* funkció, hiszen a csoportban a tagok között közvetlen, egyidejű kommunikáció zajlik. Egyrészt felvethető, hogy a fenti definíció médiumnak tekinti a szóbeli közlést, a társalgást is, amely jellegében közel áll a csoportüléshez. Másrészt figyelembe kell vennünk, hogy a nagycsoport a rendszer különböző alrendszerének találkozási helye, az ülés a köztük való közvetítést is megvalósítja. Mint később utalunk rá, a nagycsoport nélkül működő rendszerekben a formalizált adminisztráció illetve a hierarchikus szintek közötti szabályozott kommunikáció tölti be ezt a funkciót. Harmadrészt a csoportdinamikai megközelítés alapján a csoporton belüli közléseket mindig többretegűeknek, több szinten értelmezhetőeknek tekintjük, a megnyilatkozások megvalósítója és címzettje sem csupán egy személy. Az utóbbi két szemponttal részletesen foglalkozunk a későbbiekben, s érdemes megjegyeznünk, hogy a nagycsoport ebben a megközelítésben az *agora* tulajdonságaival bír.

Ha azt vizsgáljuk, hogy társadalmi makrostruktúrákhoz hogyan illeszkedik a nagycsoport, tovább kell tágítanunk azt a *találkozási mezőt*, amely a rendszeren belül még világos határokkal van jelen. Például a kórházi pszichiátriai osztály nagycsoportján találkozó páciensi és személyzeti alcsoportok valójában az egészségügy kliensi és szolgáltatói oldalainak felettes rendszereit jelenítik meg. Sőt a csoport felfogható az eltérő kultúrák, társadalmi makrofolyamatok eltérő típusú szereplőinek a találkozásaként is, melyek mentén a társadalmi törésvonalak a csoport közegében is megjelennek (pl. kisebbségek, vallás, feminizmus stb.). Vagyis egy csoportülés *makrostruktúrák közötti interakcióként* is értelmezendő.

Meyrowitz (2003) szerint *a szerepek információs hálózatok*, a társadalmi szerepek és a társadalmi kommunikáció szoros kapcsolatban vannak egymással. A társadalmi identitás forrása a társas viszonyok hálója. Fontos megállapítása az, hogy a szerepeket együttesen határozza meg az információ *tartalma* és a *hozzájutás mintázata*. A nagycsoportban nem csupán az a többlet, hogy az osztályos rendszert érintő információk, a rendszerben érvényes szerepeket és identitásokat alakító, meghatározó tudások, tartalmak megjelennek, hanem ennek *a megjelenésnek a módja* is nyilvánvalóvá válik. Ez a kettős információs/megértési szint együttesen hozza létre az osztályos *nyilvánosságot*. A modern média a helyhez kötöttség oldásával új távlatot nyitott. A helyzeteknek nem fizikai helyszín formájában, hanem információs rendszerként való felfogása jól értelmezhető a csoport-szemléletben is. Ahogyan a média a társadalom szintjén, úgy a nagycsoport az osztályos rendszer szintjén tölt be olyan meghatározó funkciót, amely kijelöli az egyes csoportok, csoport-helyzetek közötti határokat, értelmezi a szabályokat, s ezek alapján tudható, minek hol a helye. Például a *tematizáció* révén kijelöli azt, hogy egy téma hol kerülhet adekvát kidolgozásra: egyéni terápia térben, kiscsoportban stb. A nagycsoporton tett személyes tartalmú közlés analóg azzal a helyzettel, amelyben a televíziós nyilvánosságban valaki a személyes gondjáról beszél.

A nagycsoportot és az osztályos környezetet médiatörténeti analógiákkal is leírhatjuk. A nagycsoport a modern elektronikus médiával analóg, a *szóbeliség* a fő jellemzője, a pszichiátriai zártosztályos közegben a nagycsoport a *kézírásos kultúrával* analóg kontextusban működik, míg a nagycsoport-helyzet felettes rendszerének meghatározó eleme a nyomtatott írásbeli kultúra, a modern orvosszakmai, tudományos, szakértői specializációt megvalósító egészségügyi kórházi *technológia és bürokrácia*. A pszichiátriai osztályos közegben a nagycsoport megjelenése annak a média- és társadalomtörténeti mozzanatnak a megfelelője, amely az elektronikus média elterjedésével eszkalálódott, s amely a modern értelemben vett

nyilvánosság létrejöttét tartalmazza. A 7.táblázatban foglalom össze az elektronikus média és a nagycsoport jellemzőit.

JELLEMZŐK	ELEKTRONIKUS MÉDIA	NAGYCSOPORT
médium jellege	másodlagos szóbeliség (egyidejű, de közvetett)	elsődleges és másodlagos szóbeliség (egyidejű, közvetlen a tagok között, közvetett a felettes rendszerek között)
térbeli elkülönültség	jelentősége és lehetősége csökken	egy térben találkozás
társas szférák határai	áthatólatóbbá válnak	határok világosabbakká válnak
hozzáférés a tudásformákhoz	eltérő szerepek közötti különbség csökken	hozzáférésben egyenlő pozíció
csoportidentitás	átrendeződés	kettősség (eredeti és nagycsoport-hoz tartozás)
hely/élmény kapcsolata	független	függetlenedik (a csoport 'élő multimédia')
nyilvános és köz- szféra határa	feloldódik, nyilvános és magán keveredik, társadalmi egyeztetés a határról	feloldódik, magánügy-osztályos közügy keveredik, folyamatos egyeztetés, diskurzus a határról
hierarchia struktúra	rigiditása és a szintek távolsága, eltérése csökken	formális hierarchikus működésmód „kívülmarad”
egységesség	a választható viselkedési formák készlete közös	szabad verbális kapcsolódás (a választható tematizációs mező közös)
csoportidentitások tartóssága	felületes kapcsolódás, gyenge kohézió, divat, „identitásprotézis”	alcs csoport-képződés, indulat-áttétel, változatos csoportdinamika
információs környezet	egységes, stabilan bővülő	nagycsoport révén válik egységessé

Elektronikus média és nagycsoport

7.táblázat

Miközben a sajtó és a modern elektronikus médiumok adják a legszélesebb lehetőségét a társadalmi nyilvánosságnak, a pszichiátriai osztályos nagycsoport mint médium sajátos módon valósítja meg az *osztályos nyilvánosságot*. A médiumelmélet hangsúlyozza, hogy a tömegkommunikációs eszközök megjelenése előtt éles különbség volt az *offstage* és *onstage* viselkedés között (az előbbi a saját csoporthoz kötődik, az utóbbi formálisabb, nyilvános helyzetekhez kapcsolódik). Az elektronikus tömegmédiá hatására a fizikai helyek és a társadalmi szituációk közötti hagyományos, rögzített viszonyok elmosódtak, a közönségek és a nyilvánosságok összekeverednek, a korábban differenciált szerepek egyre inkább hasonlítani kezdenek egymáshoz. Ugyanez a folyamat látható a nagycsoportban is: a csoporttagok váltakozva vesznek fel szereplői, hallgatói szerepeket, a nagycsoporton belüli szerepek kevésbé differenciáltakká válnak, az osztályos alcsoportok mint önálló nyilvánosságok nyíltan vagy rejtettebben megjelennek (pl. szobatársi közösség konfliktusa a szobán kívülre kerül).

Míg a fizikai elhatároltság kiiktatása az elektronikus kultúrában a technikai fejlődésnek, az új információs, kommunikációs technológiák megjelenésének az eredménye (Heller, 2001), addig a nagycsoport esetében egy sajátos terápiás forma alkalmazásának köszönhető. A hatás mindkét esetben a köz/magán és a nyilvános/nem nyilvános dimenziókon belüli változásban ragadható meg. A nagycsoportban a korábban elkülönülten létező csoportok egy interakciós térbe kerülnek, ezáltal a személyes megnyilatkozás *egyszerre* lehet *privát és publikus*. Éppen ez a kettőség teszi lehetővé az önreflexió – nagycsoport esetében konstitutív jelentőségű – momentumát: a csoport-médium által megjelenített *tartalom publicitása* és a megjelenítés személyes, *privát módja* egységes mintázatot hoz létre. Ebben rejlik a nagycsoportnyilvánosság lényegi kuratív, korrekatív hatása is: ami a társadalomban a demokrácia alapja (pl. szólásszabadság), az a nagycsoportban az egyén és a csoport (ön)megértési modelljeinek potencialitása, lehetősége.

3.4.A csoport lokalitása

A terápiás csoportot mint társas helyzetet szükséges elhelyezni a *globalizáció* társadalmi-kulturális kontextusában is. A *lokalitás* fogalmát tekintjük a csoportban való létezés egyik alapkategóriájának. Ebben a felfogásban nem hierarchikus, hanem kölcsönhatásos kapcsolódásból indulunk ki. Lokalitás alatt – Nyíri Kristóf leírása alapján (1998) – azt a *természetes emberi életvilágot* értem, amelyet közvetlen, személyes viszonyok alkotnak, s amely a szocializációhoz szükséges környezetet adja. A modern társadalom személytelen közegén belül a lokalitást megtestesítő *primércsoportokhoz* tartozás az ember normális

létmódját teszi lehetővé, miközben számos olyan csoporttal is azonosul, amelyek tagjaival jórészt sohasem találkozott. A lokalitás legfontosabb aktusa éppen a találkozás.

Globális és lokális kölcsönösen *feltételezik egymást*. A globális szintet lokális elemek kapcsolata, hálózata adja, ám a lokális is globálisan meghatározott. A betegség mint probléma tekintetében a globális vonatkozást hordozza a diagnózis (diagnosztikai rendszerek), a gyógyszer mint kezelési eszköz (ipar), az azonnaliság mítosza (gyors gyógyulás kultúrája). A csoport lokalitása az elsődleges szóbeliség révén az eredeti humán evolúciós környezetet képviseli, melynek jellemzői: jelenidejűség, közösségi érzés fokozása, a „részvételi misztika”. Globalitás és lokalitás összeütközése ma legerőteljesebben a *finanszírozás/szakmaiság* kontrasztjában jelentkezik.

A pszichiáter mint individuum is tekinthető a globális és lokális folyamatok eredőjében. A pszichiátriai betegserep felvételét a modern technológia révén differenciáltabban kell látnunk: az internetről tájékozódó pánikbeteg hamarabb kerül a tájékozott, kompetens, a pszichiátriai intézménynek kevésbé kiszolgáltatott kliens pozíciójába: vagyis a globalizáció az ő esetében segítheti a valahová tartozás készítésének megvalósulását. Nyíri ezt a folyamatot *új közösségiségnek* nevezi.

Annak érzékeltetésére, hogy mennyiben lehet a globalizáció ellensúlya a lokalitással bíró csoport, Paul Virilio (2002) sebességre vonatkozó koncepcióját használom. Eszerint a társadalmi-gazdasági folyamatok rejtett, de fő mozgatója a sebesség növekedése: a kommunikáció, a közlekedés, az interakcióba lépés által igényelt idő lerövidülése. Mára az emberiség elérkezett a sebességhatárhoz: *azonnali* interakciók lehetségesek térbeli akadály nélkül. Ez az azonnaliság, a sebesség nyomása a társadalmi lét számos területén tetten érhető. A pszichiátriában például a gyors gyógyulás illúziója, rövid pszichoterápiás módszerek térhódítása, a gyógyszerek azonnal ható csodaszerekként való reprezentációja, a generikus készítmények piaci konkurrenciája révén keletkező időnyomás képében érhető tetten ez a jelenség.

Az azonnaliság mély ellentmondásban van szakmánk alapvető jellegzetességeivel, melyek közül kiemelem a *reflexió képességét*. Ahhoz idő kell, hogy pácienseinkkel közösen reflektáljunk saját viszonyainkra, a betegekkel való kapcsolatunkra, a betegségfolyamatra. Nekünk idő kell, s ezt a lokalitás képes nyújtani. A pszichiátria feladata, hogy az azonnaliság, az „örök jelen” emlékezetnélkülisége alternatívájaként időt teremtsen a dolgok megértésére. Ezt az időt adhatja meg például a terápiás csoport közege. „Mindenféle bölcsesség fékező erő.”

– mondja egy interjúban Virilio (Tillmann 1996). Vagyis a csoport ebben az értelemben a bölcsessége révén lehet ellensúlya a csoporttagokat és a vezetőt egyaránt érő globális hatásoknak. Itt nem a globalizáció tagadásáról, leminősítéséről van szó, sokkal inkább az egyensúlyról: olyan kölcsönhatásról, amelynek eredménye az egyén stabilitása, kompetenciájának növekedése abban a közegben is, amelyet a javak, értékek mellett a globális kockázatok szétoztásának kényszere is jellemez. A terápiás csoport lehet az egyik lokalitással bíró alakulat, amely a modern „rizikótársadalom” felé szűrőként működhet és az egyedi autonómiához szükséges, fogyóban lévő „humán készlet” feltöltésében segíthet.

Példa

Az olyan nagy konferencia, ahol ennek a szakasznak az eredeti előadásváltozata elhangzott, jól reprezentálja a globális és lokális ellentmondásait. Az ipar meghatározó jelenléte, az előadások hatalmas száma és metodikai homogenitása mutatják illeszkedését a világtrendbe. Ugyanakkor a szakemberek többsége elsősorban is az egymással való találkozás céljából megy oda, hogy legalább évente egyszer közvetlenül kommunikáljanak, humán erőforrásaikat feltöltsék. Viszont aki minden előadást meghallgat, annak nincs ideje másokkal beszélgetni. Ebből persze az következik, hogy az, aki a globális és lokális közötti, általam képviselt egyensúlyt vallja, az nem hallgatta az előadásomat, hanem a büfében beszélgetett régen látott kollégáival.

4. A CSOPORTVEZETŐ MINT KOMPETENS ÁGENS A CSOPORTBAN MINT KOLLEKTÍV ÁGENSBEN

Nem szűken a csoportvezetői kompetenciáról van szó, hanem arról, hogy a csoportvezető milyen feltételek mellett kompetens. A participációs modell szerint akkor kompetens, ha a problémakezeléshez szükséges, releváns *felkészültségek* elérhetők a számára és a problémakezeléshez szükséges *legitimált mozgástérrel* rendelkezik.

Az ágens *csoportvezetői* szerepéhez kapcsolódó releváns *felkészültségek* körülírható kapacitásokat tartalmaznak:

-elméleti koncepciókat;

-hogyan jellegű tudásokat, amelyek a csoportvezetői gyakorlathoz kapcsolódnak (kommunikációs skillek, potenciális tér, módszerek, technikák, résztvevő megfigyelői munkamód);

-a csoporthelyzettel magával kapcsolatos tapasztalatokat, amelyek egy része hallgatólagos tudás (implicit kapcsolati tudás) és a csoportvezetői képzés sajátélményű része illetve a saját eredeti család jelenti a szocializációs háttérét;

-önmagára mint személyre vonatkozó tudások, készségek összességét, amelyet általában önismeretként jelölünk, és mindenképpen része az a mélyebb antropológiai tapasztalat, ami a csoportban létezni való eredendő, személyes viszony²⁹.

E felkészültségek jelentős része nem eredendő felkészültség, forrásuk a képzés, a különböző típusú csoportok tagjaként szerzett tapasztalatok és a kezelői szerephez kapcsolódó gyakorlat, vagyis a hétköznapi csoportvezetés illetve munkahelyi teamben való részvétel.

A csoportvezető a terápiás csoportban nemcsak csoportot vezet, hanem terápiát is (*kezelő*), azaz része kell, hogy legyen a felkészültségeknek a terápiára, a betegsége, a gondra vonatkozó felkészültség is. Kezelői szerepében saját perspektívával rendelkezik a betegséggel mint problémával kapcsolatban, a páciensről eltérő problémát identifikál és eltérő módon bonyolódik a problémakezelésbe, más módon elkötelezett mint a páciens³⁰. Számára mint kezelő számára a páciens probléma ebbe a formába íródik át: milyen módon értelmezhető a csoportban a betegség és a gond?

A terápiás csoportban ez a saját perspektíva nagy jelentőséget kap azáltal, hogy a csoportban több páciens is jelen van, s kisebb a páciensek közötti különbség a betegség szubjektív oldalához való *hozzáférésben*, mint a kezelő és páciens hozzáférése közötti eltérés. A páciensek azonosak abban a tulajdonságukban, felkészültségükben, hogy közvetlen hozzáférésük van a betegség szubjektív oldalához, a tünethez és a gondhoz, ellentétben a kezelő-csoportvezetővel, aki csak a pácienseken keresztül fér ehhez hozzá. Ebben a vonatkozásban a csoportvezető *magányosnak* (Horányi, 2009) is mondható a csoportban, hiszen a felkészültség tekintetében elszigetelt, a hozzáférésbeli hiány kategóriális jellemzője. Ebből az elszigeteltségből csupán a csoportmunka révén, az elérhető többletfelkészültséggel tud kilépni.

Kérdés természetesen, hogy valóban olyan mértékben hasonlít-e egymáshoz a páciensek hozzáférése a betegség szubjektív oldalához, ami ezt az elhatárolást indokolja. Túl a személyiségek egyediségéből fakadó eltéréseken, az biztosan mondható, hogy a betegségélmény sajátossága olyan, ami azonosságot is teremt páciensek élményeiben, kohezív

²⁹ Ezt a viszonyt koncipiálja Ormay Tom a társas-én, illetve a csoportanalitikus irodalom a társas tudattalan keretében.

³⁰ A páciens a szenvedésnyomás által, a csoportvezető a szakmai éthosz által köteleződik el.

összehangolódást is hozhat és el is határol az élményben nem részesedőktől. Előfordul az is, hogy a páciens éppen erre a hozzáférésebeli különbségre alapozva hártja el a kezelés igénybevételét (ágálás), s az ellenkező végtel is, amikor hétköznapiak és ezért problémamentesnek identifikálja a tünetet. Ez utóbbi részjelensége lehet a hiányzó betegségtudatnak. A lehatároltság gyakori élménye különösen a pszichiátriai pácienseknek, akik a diszrimináció számos formáját tapasztalják.

A csoportvezetői felkészültségnek van egy harmadik oldala, a csoport illesztése a környezethez. A csoport kollektív ágens, *aktorként* mutatkozik a környezet színterein, s e mutatkozásnak aktív részese a csoportvezető mint reprezentáns. Aktort reprezentáló funkciójában a csoportvezető mozgásteret korlátozott ahhoz az esethez képest, mintha individuális ágensként volna jelen ugyanezekben a színtereken. Beillesztés, védelem, képviselés, megjelenítés: eltérő tartalmú részvételt kíván meg a csoportvezetőtől. A hierarchikus pszichiátriai rendszer leírásából következik, hogy ennek a funkciónak alapvető jelentősége a csoport létét illetően, de finomabb szabályozási folyamatoknak is részjelensége lehet. A környezeti interakciók, amelyekbe felkészültségei mentén bevonódik, hatással vannak a csoporton belüli folyamatokra.

A csoportvezetőnek a csoporton belüli *mozgásterét* közvetlenül is befolyásolja a csoporton kívüli aktivitása a legitimáláson keresztül és ez pedig érinti a kompetencia kérdését. A csoportvezetőre is érvényes, hogy legitimitásának forrása részben a lokális, munkatársi közeg, részben a szakmai közösség és a páciensek köre. A pszichoterápiás tudásról szóló alfejezetben elemeztem azt a példát, amikor laikus terapeuta számára ad legitimációt a páciensi tagság és a lokalitás. A csoport elindításához, a csoportvezetői szerep felvételéhez, a csoport stabil beágyazódásához szükséges az a világos legitimáció, amit a kollegiális közegtől kap a csoportvezető. Élesen vetődik fel a legitimációs deficit azokban az esetekben, amikor a csoportfolyamat dinamizálja az osztályos közeget, esetleg bűnbak szerepbe kerül vagy éppen a csoport látszólag forrásokat von el. A csoportvezető határfunkciójához tartozik, hogy a lokális legitimációt elérje, fenntartsa. A páciensi legitimáció különösen erős lehet a csoportkohézió révén, a bizalom a szakember iránt felerősödhet pozitív esetben és ugyanígy a devalváló irány is előfordul. A csoporttagok és a csoportvezető között folyamatos egyezkedés zajlik ekörül a legitimáció körül, ideálisan dinamikus egyensúlyban van. Több csoportvezető esetén még komplexebb ez a kép, a csoportvezetőkre mint önálló alrendszerre is vonatkozik a legitim mozgásteret beállítása. Előfordulhat, hogy a csoportvezetői teamet egészében legitimálja a a

csoport, de egyenként nem, például másképpen viselkedik a csoport olyan üléseken, ahol valamelyik vezető nincs jelen.

A csoportvezető legitimált mozgásterének határai intézményi meghatározottságúak, az intézményi alap korlátokat is jelent és forrást is a többletjelentések konstruálásához (Horányi, 2009). A csoportozásnak, a rendszerszemléletű problémakezelésnek sajátos nyelve, kultúrája van, ez az intézményi kód gyakran segíti, máskor visszafogja a csoportvezetőt a legitimáció fenntartásában.

4.1.A csoport kommunikációjának meghatározó konstituense: a csoportvezető

A csoportvezető az, aki létrehozza a csoportot, felelős a csoport fennmaradásáért, működéséért. Sajátos határhelyzete révén alkalmas arra, hogy működését a résztvevő-megfigyelői pozíció mentén írjuk le: *személyisége* révén résztvevőként bevonódik a csoportfolyamatba, közvetlenül elérhetőek számára a csoport kontextus tartalmai, ugyanakkor megfigyelői, *szakértői szerepe* mentén távolságot is tart, a csoportfolyamat fenntartásáért felel, leírására, értelmezésére törekszik. E kétféle működés oszcilláló módon van jelen a csoportvezető aktivitásában. Részvétel és megfigyelés megkülönböztetése abból a szempontból is releváns, hogy koherens módon kapcsolhatóak a terápiás hatás, a kezelői aktivitás két alapeleméhez: a megfigyelés az értelmezés konstituense, míg a részvétel az implicit kapcsolati tudás konstituense.

A csoportvezető határfunkciója révén a legkevésbé integrált ágens a csoportban mint kollektív ágensben. A csoportvezető határhelyzete abban a kérdésben összegezhető, hogy a csoporthoz mint kollektív ágenshez a csoportvezető mint egyedi ágens hozzátartozik vagy pedig nem. A résztvevő megfigyelő működésmód ezt a dilemmát kiegészítő módon tükrözi: résztvevőként (participátor) a csoportvezető inkább része a csoportnak mint kollektív ágensnek, megfigyelőként (spektátor) inkább nem. A kérdés ugyanakkor mindenképpen felveti az igényt, hogy a csoporton belül elkülönítsük ezeket az ágens típusokat:

- csoporttagok és csoportvezető mint individuális ágensek
- ezen belül participátor és spektátor ágensfunkciók
- szűkebb csoport mint koalíció³¹ (csoportvezető nélkül)
- szűkebb csoport mint kollektív ágens (csoportvezető nélkül)
- teljes csoport mint kollektív ágens (csoportvezetővel).

³¹ A kollektív ágensnél kisebb integráltságú közösség, például a csoportülés előtt a csoportra várakozó tagok mint individuális ágensek ilyen koalíciót alkotnak.

A csoportanalitikus felfogás ez utóbbit preferálja, a csoportegészt eszerint mutatja fel: a csoport analízise a csoport által beleértve a csoportvezetőt is.

A terápiás csoportra jellemző, hogy a triadikus interakciók számos különböző változatban jelenhetnek meg, az ágensfunkciók szinte szabadon variálódhatnak. Ez a rugalmasság adja az alapját annak, hogy csoport mint kommunikációs színtér alkalmas a pszichiátriai betegség olyan módon való tematizálására, amelynek révén az ágensek kölcsönös tudása elérhető. A csoportban a páciens sajátvilága is megoszthatóvá válik és a kezelő által reprezentált szakmai nyilvánosság is integrált részévé válik a csoport belső nyilvánosságának. A terápiás csoportban mint kollektív ágensben *integrálttá válik* a páciens és a kezelő hozzájárása a betegség szubjektív élményéhez és a kezeléshez mint releváns felkészültséghez: a csoportban magában reprezentálódik a betegség illetve elérhető a kezelés eszköze, amely a csoport maga.

A terápiás csoportban a triadikus kapcsolódás specifikusan, a csoport célkitűzéséhez kötötten is jelen van. A *reflektív funkció* tartalmazza azt, hogy a páciens/csoporttag egyszerre résztvevője a csoportfolyamatnak (illetve az abba kivetülő, abban megmutatózó saját belső élményvilágának), ugyanakkor értelmezője, reflektálója, megfigyelője is mindennek. Tehát a kollektív ágens alkotó individuális ágensek egyénileg is megvalósítják a kétféle aktivitást. Mint láttuk, a csoportvezető szerepkörének szintén alapeleme a résztvevő megfigyelői működés. Mindezeket túl a résztvevő megfigyelés a csoportegész szintjén is értelmezhető. A csoportanalitikus csoport, amely a terápiás csoportok prototipikus formája, definitíve önmagát kezeli. Ez a csoportegész szintjén leírt önreflexió valójában a *csoportnak mint résztvevő megfigyelőnek* a leírása.

Az, hogy a csoportban mint kollektív ágensben, annak sajátvilágában milyen tartalom jelenik meg és az, hogy a csoportnak ezáltal milyen felkészültségei mutatkoznak összefügg. Ennek érzékelése, hogy ez a többletfelkészültség milyen módon releváns a problémakezelés szempontjából, kezdetben a csoportvezető modellnyújtó funkciójának része, ehhez erősítő, tükröző eszközöket is használ, mint például az értelmezés. A problémakezelés a csoport szocializációs hatásának révén a csoporttag működésének is a részévé válik.

4.2.A csoport komplexitása a csoportvezető perspektívájából.

Amikor kutatói attitűddel kezdtem foglalkozni a csoportterápia, pszichoterápia kommunikatív aspektusával, ezt egy olyan közegben képzeltem el, amelynek részese voltam/vagyok: munkahelyem, egy pszichiátriai osztály illetve tágabb szakmai közegem, a pszichiátriai

intézményrendszer. Az első kérdés, amit tisztáznom kellett, az a saját összetett szerepem ebben a kontextusban. Vajon hozzárendelhető-e az addig működtetett szerepeimhez a kutatói szerep? Releváns szerepeim a mesterségesen elkülönített kontextusok szerint: pszichiátriai osztályos közeg – pszichiáter szerep, pszichoterápiás helyzet – pszichoterapeuta szerep, kutatás – kutatói szerep. Közelebről nézve világossá vált, hogy ez a nehézség nem különbözik attól, mint amit a hétköznapi csoportvezetői működés a komplexitás kezelésében igényel.

A csoportvezető számára a csoport *komplexitása* nem ragadható meg csupán egy-egy kommunikatív aktus egyediségének észlelése, értelmezése révén. Annál inkább nem, hiszen a csoport komplexitásának része a csoport kommunikatív környezete is.

A komplexitás kezelését támogatják olyan háttérelméletek, amelyek a csoportvezető fejében hallgatólagosan jelen vannak. Ezek közül az elméletek közül a csoport komplexitását talán legplasztikusabban a hálózatelmélet korai csoportanalitikus elődje, a mátrixelmélet adja vissza. E modell szerint a csoporttagok és a csoport kontextusa olyan hálózatos kapcsolódást mutat, mely az idegrendszeri neuronhálózattal analóg. A hálózati pontokban személyek (csoporttagok), megnyilatkozások (csoporttagok közlései, emlékei), érzelmi viszonyulások szerepelnek, a pontok kapcsolódásai, sűrűsödései, kiemelkedései változó, de a csoportvezető számára érzékelhető mintázatot mutatnak. A mátrix hálózatos és transzperszonális jellegét alapvetőnek tartja az elmélet. A csoportvezető pozícióját így írja le Foulkes, a mátrixelmélet kidolgozója: „Teljességgel lehetetlen, hogy minden egyént egyidejűleg kövessen. A teljes kapcsolati mezőre figyel, a mátrixra, amelyben a tudattalan megnyilvánulások találkoznak. Ennek háttére a csoport, mint egész, és annak is kell tudatosan lennie.” (Foulkes, Anthony, 1965).

Ez a megfogalmazás tartalmazza a csoportvezető ágensfunkcióit. A csoportvezető a kollektív ágens részeként hozzájárul ahhoz, hogy a csoport egésze számára a többletfelkészültség elérhetővé váljon. A csoportvezető individuális ágensként többletfelkészültségre tesz szert a csoport kommunikációjában való részvétele által. A csoportvezetői működés alapvető paradoxona: a kollektív ágens elősegítésével saját egyedi szerepe háttérbe szorulását támogatja. Látszólag távol áll ez az egészséges felfogás attól a csoportcéltól, ami a páciens egyéni problémakezelését felvállalja.

A pszichoterápia színtere, ezen belül a csoport még inkább komplex, mint például a pszichofarmakológiai konzultáció színtere. Általánosabb perspektívából a komplexitás nem

csupán a dolgokhoz tartozik, hanem a megismerés módjához is. A csoportműködés által generált, megvalósuló komplexitás lehetővé teszi a gond és a betegség, gond és rendszer viszonyainak megközelítését. Ugyanakkor az a mód, ahogyan a csoportvezető a csoport komplexitását személyesen kezeli – ami a számára mint kezelő számára része a betegség-problémának – modell és diszkurzív kiindulási alap a csoporttagok, páciensek számára a saját problémakezelési kapacitás tekintetében. A csoportvezető komplexitáshoz való viszonya részévé válik a csoport által elérhető többletfelkészültségnek.

5. KONKLÚZIÓ

Csoportot vezetni könnyű és izgalmas dolog. Csoportot létrehozni, környezetébe beágyazni, fenntartani, működtetni nehéz, de izgalmas dolog. A csoportozásról írni borzasztóan nehéz, de felemelő dolog.

Az volt a célom, hogy bemutassam, a terápiás csoport alkalmas kommunikációs közeg a pszichiátriai betegség reflexiójára. A beteg is, a csoportvezető szakember is a csoporthoz tartozik, és a odatartozik a betegség is. A téma leágazásait nem sikerült ideális mértékben visszafognom, viszont láthatóvá váltak azok a pontok, amelyek további megalapozást igényelnek. Egy metaforában arra jutottam pár éve, hogy a csoport tere bensőséges és értelemtelen, ezt a szöveget is ilyennek szántam. Olyannak, amihez érdemes visszatérni.

6. IRODALOMJEGYZÉK

Agazarian, Y. M. (1997): *Systems-Centered Therapy for Groups*. New York: The Guilford Press.

Albert-Lőrincz Enikő (2009): Váz-latolgtató. Vitazáró a családállításról. Szerkesztői összegzés. *Pszichoterápia*, XVIII. évfolyam, 2. szám, 2009. április

Xavier Amador (2010): Poor Insight in Schizophrenia: Implications for Diagnosis and Treatment. *Psychiat Hung* 2010, 25 (Supplementum 1):5-7

Barbier F., Lavenir C.B.(2004): A média története. Fordította: Balázs Péter. Budapest, Osiris Kiadó.

Basil B, Mathews M, Adetunji B, Mathews M, Budur K, Sudak D (2005): The concept of insight in Mental Illness. *Primary Psychiatry*. 12 (9): 58-61.
http://www.primarypsychiatry.com/aspx/article_pf.aspx?articleid=326

Bálint Mihály (1990): *Az orvos, a betege és a betegség*. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest

Blümel F. (1992): A pszichoterápiás osztály rendszere. *Lege art. med.* 2. évf. 10. sz. p. 954-959.

Blümel Ferenc (1993): A terápiás kapcsolat és a terapeuta szerepe a pszichoterápiás változásban *Pszichoterápia*, II. évfolyam, 2. szám, június, 83-91

Casement, Patrick (1999): *Páciensektől tanulva*. Animula, Budapest.

Csányi V. (1999): *Az emberi természet*. Budapest, Vince kiadó

Csányi Vilmos, Miklósi Ádám (2008): *Humánétológia: Az emberi viselkedés és az evolúciós megszaladási jelenségek*. MTA *Stratégiai kutatások 2007-2008 - Kutatási jelentés*.
<http://mta.hu/fileadmin/2008/11/07-humanetol.pdf>

Csibra, G., Gergely, Gy. (2007) Társas tanulás és társas megismerés. *A pedagógia szerepe*. Magyar Pszichológiai Szemle, 62, 1, 5-30.

Dubrovsky, B. (2002): Evolutionary psychiatry. Adaptationist and nonadaptationist conceptualizations. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* Volume 26, Issue 1 January Pages 1-19

Matthew Eastwood and Others (1987): No-Problem Problem. *Family Relations*. Vol 36, No2, 125-28, Apr.

Erdélyi, I. (2004): A "fantom"-jelenség mint transzgenerációs örökség, In: Erdélyi, I. *Tér és tükör*, Budapest: Flaccus, 56-65

Erdélyi I. (2005): A kapcsolati tudás a protagonista és a rendező interakcióin keresztül pszichodráma csoportokban. *Psychiatria Hungarica*, 20(2):95-111.

Erdős Márta (2006): *A nyelvben élő kapcsolat*. Typotex, Budapest.

Fekete Sándor (2006): Nonverbális terápiák felhasználása a szkizofrén pszichózisok kezelésében. In Trixler Mátyás, Tényi Tamás: A szkizofrénia pszichoterápiája. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 113-127.

Ferenczi S. (2004): A neurózisok pszichoanalitikus tanának haladása. In Linczényi Adorján (szerk.): Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében. Válogatás Ferenczi Sándor tanulmányaiból. Budapest, Neumann Kht, 2004.
<http://mek.niif.hu/04900/04934/html/ferenczi0115/ferenczi0115.html>

Ferenczi S. (1996): Klinikai Napló 1932. Akadémiai Kiadó, Budapest, 33-217. fordította: Vég Katalin.

Michel Foucault (1990): Felügyelet és büntetés – A börtön története. Gondolat, Budapest

Foulkes, S.H. and Anthony E.J. (1965). Group Psychotherapy. The Psychoanalytic Approach, 2nd Edition, Penguin Books, Harmondsworth.

Foulkes, S.H. (1964) Therapeutic Group Analysis, George Allen and Unwin, London.
idézi: J.P. Roberts: FOULKES MÁTRIX FOGALMA (Foulkes' Concept of the Matrix)
Fordította: Dévald Péter, Koller Éva. In. Group Analysis XV. 111-126. 1982

Gál B., Zalka Zs.(1994): A nagycsoportszöveg - a mikrokozmosz egy megértési modellje. JAK. Generalia Kiadó Szeged, Nyelvészeti Füzetek 2.46.

Geertz,C.(1994): Jelen lenni: az antropológia és az írás helyszíne. in: Niedermüller,P (szerk.): Az értelmezés hatalma. Századvég, Budapest.

Geertz, C. (1994): Sűrű leírás. és „A bennszülöttek szemszögéből”: Az antropológiai megértés természetéről. In: *Az értelmezés hatalma*. Niedermüller Péter szerk. Budapest, Századvég, 170-216.

Arnold van Gennep (2007): Átmeneti rítusok. MTA Néprajzi Kutatóintézete, PTE Néprajz-Kulturális Antropológiai Tanszék, L'Harmattan Kiadó, Budapest.

Goldberg, R.J.(2001): Financial management challenges for general hospital psychiatry 2001 General Hospital Psychiatry, Volume 23, Issue 2 March-April Pages 67-72

Em Griffin (2003): Bevezetés a kommunikációelméletbe. Harmat Kiadói Alapítvány, Budapest

Gulácsi László (2000): Haszon és költség az egészségügyben. Kórház, 2000/9

Gustafson, James P.(1982): A nagycsoport rövid ápolási idejű elmeosztályokon. In Lust I.(szerk.): Nagycsoport-Terápiás Közösség. Kelenföldi Kiképző Nagycsoport, Budapest, 106-118. Eredeti megjelenés: “The Large Group Meeting in a Transient In-Patient Psychiatry Service: Toward a Working Model,” in M. Aronson and L. Wolberg (eds.), Group Therapy 1979. New York: Stratton Intercontinental Medical Book Corporation, 1979.

Hamp, G. (2006): Kölesönös tudás. Typotex. Budapest

Hámori, E. (1999): A fogyatékos gyermek élményvilága. Változatok a potenciális tér zavaraira. THALASSA, 1,39-57.

- Harangozó J. et al. (2001): Paradigmaváltás a pszichiátriában. *Lege art. med.* 11. évf. 8/9.sz. 573-586.
- Hardy J., Barát K., Balogh K. (2009): *Secrets in Family – Secrets in Family Therapy*. XVII. World IFTA Congress, Slovenia.
- Harmatta J. (2006): A Pszichoterápiás Hétvégek (1974-1986) története és hatása. *Pszichoterápia*, 15:6-18., 15:86-95.
- Heller M.(2001): Új kommunikációs helyzetek és szükségletek: a hierarchikus nyilvánosságok kialakulása.
http://21st.century.phil-inst.hu/2001_marc/brosura_hm/heller.htm
- Helman C.G.(2001): *Kultúra, egészség és betegség*. Budapest, Melania.
- Hernád,I.(1996): A szimbólum-lehorgonyzás problémája. In: Pléh, Cs.(szerk.): *Kognitív tudomány*. Osiris-Láthatatlan Kollégium, Budapest, 207-222.
- Hinz, H.: Der Begriff des “Pairing” -Eine differenzierte Betrachtung und individuelles Vorgehen. Vortrag bei der Fachtagung des FVS in Heidelberg im Juni 1998)
<http://www.dsmg.de/Fachbeitrage/Pairing/pairing.html>
- Horányi Ö.(2007): A kommunikáció participációra alapozott felfogásáról. In: Horányi Özséb (szerk.): *A kommunikáció mint participáció*. AKTI – Typotex, Budapest, 246-264.
- Horányi Ö. (2009): Arról, ami szignifikatív és arról, ami kommunikatív; valamint arról, ami problematikus (szinopszis, 7.3 változat). In: Bagdy E., Demetrovics Zs., Pilling J. szerk.: *Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*. Budapest, Akadémiai, 201-235.
- Horányi Ö., Szabó L.(2007): A kommunikáció ágenséről. In: Horányi Özséb (szerk.): *A kommunikáció mint participáció*. AKTI – Typotex, Budapest, 175-235.
- Hosszú É. (2005): Önismereti csoportok és terápiás csoportok dinamikai összehasonlítása praxis alapján. *Mátrix*, 10:5-8.
- Hughes, I. (2008): *Action Research in Healthcare*. In Reason, P., Bradbury, H. (eds.) *The Sage Handbook of Action Research*. 2nd ed. 381-393. London: Sage
- Huszár I.(1999) A pszichiátriai kórképekben megjelenő agresszió megelőzésének feltételei. A pszichiátria humanizálása. In: *Pszichoterápia és klinikai kutatás*. Szerk.: Unoka Zs. *Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika* pp. 104-124.
- Juhász J., Szőke I., O.Nagy G., Kovalovszky M. (szerk.) (1978): *Magyar Értelmező Kéziszótár*, Akadémiai Kiadó, Budapest
- Kapitány, Á., Kapitány, G. (2002) Résztvevő megfigyelés a saját társadalomban - korszakok szimbolikája. In Kapitány Á, Kapitány G (eds.) „Jelbeszéd az életünk” – 2. 124-156. Osiris, Budapest. www.socio.mta.hu/dynamic/Kapitany_Resztvevo_megfigyeles.pdf

Karterud, S., Stone, W, N (2003): The Group Self: A Neglected Aspect of Group Psychotherapy. *Group Analysis*. Vol 36(1):7–22.

Kelley H.H. (1980): A vonatkoztatási csoportok két funkciója. In:Pataki F. (szerk.): Csoportlélektan. Budapest, Gondolat, 1980, 200-209.

Keresztes, Z. (2009): Közbülső kín – súlyosan regresszív betegek kezelésének kapcsolati viszonyosságai. Kutatás és terápia metszéspontjai - várandósságtól a felnőttkorig. A Magyar Pszichológiai Társaság Klinikai Gyermekpszichológiai Szekciója és a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Pszichológiai Intézete tudományos konferenciája. Piliscsaba

Kernberg O.F.(1992): A csoportvezetői beavatkozások fontossági sorrendjének rendszerszemléletű megközelítése. In: Barcy M.,Bokor L., Dévald P., Piszker Á., Rácz J., Szabó J. (szerk.): Csoport-pszichoterápia. Szöveggyűjtemény. Budapest, CSAKIT-MaCsopE, 244-262.

Kernberg,O.F.(1999): Regresszió a szervezeti vezetésben. Pszichoterápia VIII.évf.1999.március, 85-94. (eredeti: Psychiatry, 1979, 42:1, 24-38.

Kézdi B. (1995): A negatív kód. Pécs, Pannónia Kiadó.

Kézdi Balázs (1989): Szkizofrenogén családok. In: Füredi János (szerk.): Családterápiák, Pszichológiai Műhely sorozat, Akadémiai Kiadó, Budapest, 194-209.

Kézdi Balázs (2003): A kulturális pszichológia hozzájárulása a szuicidológia diszkurzív paradigmájának kialakulásához. In: Kállai János, Kézdi Balázs(szerk.):Új távlatok a klinikai pszichológiában. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2003, 11-18.

Kézdi Balázs, Gál Béla, Szabó Péter (1990): Módszerkombinációk krízisparadigmában. In Füredi János, Buda Béla (szerk.): A pszichoterápia műhelyei. Medicina, Budapest, 1990,157-180.

Kovács József (2006): A pszichiátriai betegségfogalom filozófiai kérdései.Valóság, június XLIX. évfolyam 6. szám.
<http://www.valosagonline.hu/index.php?oldal=cikk&cazon=252&lap=0>

Kulcsár Zs.(1998): Egészségpszichológia. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó

Kunda, Z. (1999): Chapter 8. Basic topics: Stereotypes. In Z. Kunda (Ed.), *Social cognition: making sense of people* (pp. 313-393). Cambridge, Mass. [etc.]: The MIT Press.
<http://edata.ub.unimaas.nl/www-ereaders/FdP-readers/e-readerdocs/Kunda-Basic.PDF>

Susan Lanzoni (2004): Existential Encounter in the Asylum: Ludwig Binswanger's 1935 Case of Hysteria. *History of Psychiatry*, 15(3): 285–304
<http://hpy.sagepub.com/content/15/3/285>

Leiman, M.(1992): The concept of sign in the work of Vygotsky, Winnicott, and Bakhtin: Further integration of object relations theory and activity theory. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 209-221. <http://www.joensuu.fi/Noot/ML/VWB92.htm>

Lőrincz Zsuzsa (2009): A terápiás rendelő, mint a szetting része. Kommentár Gary N. Goldsmith: A terápiás elrendezés (setting) és az áttétel a pszichoanalízisben című tanulmányához. *Pszichoterápia*, 18: 37-38.

Lovas Zs., Szőnyi G.(1988): Az osztályos kiscsoport mint önálló pszichoterápiás alaphelyzet – hasonlóságok és eltérések az ambuláns csoporttal és családterápiával szemben...Psychiatria Hungarica, 3:3-14

Lust I.(1994): Belső és külső között. Az analitikus tér fenntartásának problémái a csoportanalízisben. Pszichoterápia, 3:97-99, június

Lust Iván (1999): Vágy és hatalom. A pszichoanalitikus kultúrkritika szükségességéről. Thalassa 2-3, 7-44. <http://www.mtapi.hu/thalassa/9923/tanulmny/01lust.htm>

Mahler, M.(1993): Die psychische Geburt des Menschen. Fischer Taschenbuch Verlag. Frankfurt am Main.

Martins, J.B., Barzotto Spoladore, A.K., Michiyori, P.A., de Souza, F.B., Zocal Mazza, C.R., Padovan,R.O.F.L.(2002) :LEARNING PARTICIPANT OBSERVATION. 8th Annual Qualitative Methods Conference: "Something for nothing" 2002. <http://criticalmethods.org/p97.mv>

Meyer, A.E. (1995): A novellaszerű esetleírás helyett - inkább interakciótörténet! Pszichoterápia, 4:5-16.

Meyrowitz J.(2003): Médiumelmélet. Fordította Babarczy Eszter. In: Kondor Zs., Fábri Gy. (szerk.): Az információs társadalom és a kommunikáció-technológia elméletei és kulcsfogalmai. Budapest, Századvég Kiadó, 2003, 205-232.

Mérő L.(1996): Mindenki másképp egyforma. Budapest, Tericum, 1996.

Modestin J, Abdel-Rehim H.(1996): Einfluss der partiellen Abteilungsoffnung auf die Abteilungsatmosphäre. Psychiatrische Praxis, 23:285-289.

Molnár A. K.(2002): Bevezetés. In: Molnár A. K. (szerk): Polányi Mihály. Magyar Panteon. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 7-59.

C.W.Morris (2004): A jelelmélet megalapozása. In Horányi Ö., Szépe Gy. (szerk.): A jel tudománya. Szemiotika. General Press Kiadó, Budapest, 39-71.

Nyíri Kristóf (1998): Globális társadalom és lokális kultúra a hálózottság korában. <http://www.phil-inst.hu/nyiri/tutzinghn.htm>

Oriold K. (2008): Pszichiátria, pszichoterápia a piacon – vitaindító gondolatok egy konferencia-terv elé. Pszichoterápia, 17:409-410.

Ormay A.P.Tom (2010): A társas személy. A társas-én pszichológiája. Mentalport Kft, Budapest.

Orwell G.(1989): 1984. Budapest, Európa

Pataki F.(1993): Bűnbakképzési folyamatok a társadalomban. In: Rendszerváltás után: társadalomlélektani terepszemle. Budapest, Scientia Humana, 83-126.

Pete K., P.Szilczl D. (2007): A kommunikáció intézményeiről. In: Horányi Ö. szerk.: A kommunikáció mint participáció. Budapest, AKTI-Typotex, 17-100.

Pető K.(2003): Az implicit kapcsolati tudás. Új szempontok a pszichoterápia hatásmechanizmusainak megértéséhez. *Psychiatria Hungarica*, 18 (4):217-225.

Pető K. (2009): Az értelmezés időzítése a terápiás folyamatban és a szetting szabályainak áttörési kísérleteiben. Kommentár Gary N.Goldsmith "A terápiás elrendezés (setting) és az áttétel a pszichoanalízisben" című tanulmányához. *Pszichoterápia*, 18:39-40.

Péley Bernadette (2002): A pszichoanalitikus modell és a narratív pszichológia. In Szerdahelyi E. (szerk.): *Konfliktus, hiány, trauma. A pszichoanalitikus elmélet és technika időszerű kérdései*. Animula, Budapest, 187-192.

Pléh, Cs (1998): Bevezetés a megismeréstudományba. Typotex, Budapest

Polányi M.(1994): Személyes tudás I-II. Úton egy posztkritikai filozófiához. Atlantisz, Budapest, Fordította: Papp Mária.

Karl Popper (1998): Test és elme. Typotex, Budapest

Quirk A., Lelliott P.(2001): What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence. *Social Science & Medicine*, 53:1565-1574,December

Radó I. (2009): Bemutakozás. A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum hivatalos weboldala. <http://www.pef.hu/?bemut=I> (letöltés 2010.08.17.)

Rice C.A., Rutan J.S.(1992): A határok fenntartása osztályos terápiás csoportokban. In: Barcy M.,Bokor L., Dévald P., Piszker Á., Rác J., Szabó J. (szerk.):Csoport-pszichoterápia. Szöveggyűjtemény. Budapest, CSAKIT-MaCsopE, 234-243.

Ryle, G.(1999): A szellem fogalma. Osiris Kiadó, Budapest. Fordította: Altrichter Ferenc

Sarkadi Borbála (2010): Családtagok a gyermekterápiás órán: rugalmas keretek az analitikus gyermek-pszichoterápiában. In Hámori E. (szerk.): *Kutatás és terápia metszéspontjai - Várandósságtól a felnőttkorig*. Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar, Piliscsaba, 114-120.

Smolensky, P (1996): A konnekciónizmus helyes kezeléséről. In: Pléh, Cs.(szerk.): *Kognitív tudomány*. Osiris-Láthatatlan Kollégium, Budapest, 87-135.)

Stern, D.N.(2001): A csecsemő személyközi világa. Animula, Budapest

Daniel N. Stern , Louis W. Sander , Jeremy P. Nahum , Alexandra M. Harrison , Karlen Lyons-Ruth , Alec C. Morgan , Nadia Bruschiweilerstern and Edward Z. Tronick (1998) : Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation *Int. J. Psycho-Anal.*, 79:903-921

Stotland E.(1980): Egyenrangúak csoportjai és a hatalmi személyekre adott válaszok. In: Pataki F. (szerk.): *Csoportlélektan*. Budapest, Gondolat, 349-366.

J.&N. Symington (1999): A csoportok tanulmányozása. In W.Bion klinikai munkássága. Animula. Budapest, 135-152.

Szentesi Péter (1997): A hidegkúti nagycsoport. *Pszichoterápia* 1997. május 155-162

Szívós M. (2005): A személyes és a hallgatólagos tudás elmélete. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.

Szönyi G. (1999): A pszichoanalitikus egyesületek kultúrája és az ortodoxia. In: Lust I. szerk.: Pszichoanalízis és kultúra. Budapest, Animula, 22-29.

Szönyi, G. (2000) A pszichoterápiák specifikuma: a (pszicho)terápiás kapcsolat. A pszichoterápiák osztályozása. In Szönyi, Fűredi (szerk.): A pszichoterápia tankönyve. 3-52. Medicina, Budapest.

Szönyi G. és mtsai (2003): A Pszichoterápiás ad hoc Bizottság beszámolója 2003. május 18. http://www.pszichoterapia.hu/cikkek/XII_4_adhocbiz.html

Szönyi G.(2005): Csoportok és csoportozók. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2005.

Szönyi G. (2008): Értjük-e, egyáltalán mennyire érthetjük meg egymás terápiás munkáját? Plenáris előadás, *Pszichoterápia folyóirat* 4. konferenciája.

Tengelyi László (1998): Élettörténet és sorseseemény. Atlantisz Könyvkiadó, Budapest.

Terenyi Z. (1995): A pszichiátria invazivitása, avagy "Mitől döglük a légy?" *Psychiatria Hungarica*, 1995. X.évfolyam.3.szám. 317-320.o.

Terenyi Z.(2003): „Nyitvatartás” – A totális rendszer mint csoportterápiás közeg. *Pszichoterápia* 12. évfolyam, 6.szám, 2003. december, 378-385.o.

Terenyi Z. (2005): Nagycsoport és nyilvánosság: médiumelméleti megközelítés *Pszichoterápia* 14.évfolyam, 5.szám, 2005. október, 687-700.o.

Terenyi Z.(2007a): A szoptatás kommunikatív aspektusairól. *Serdülő- és gyermekpszichoterápia*, 5 (3). 4-18.o.

Terenyi Z.(2007b): Bensőséges és értelemfelteli: a pszichoterápiás helyzet mint kommunikációs szintér. Szekcióelőadás, *Pszichoterápia folyóirat* 3. konferenciája.

Terenyi Z.(2010): A pszichoterápia mint társadalmi intézmény: Hol a helye a pszichoterápiás tudásnak? *Pszichoterápia* 19.évfolyam, 5.szám, 2010 október, 308-317.o.

Terenyi Z., Kotsis Á. (2007): Mesterség, tudomány, személyes tudás – a pszichoanalízis Polányi Mihály ismeretelméletének fényében. *Pszichoterápia*, 16:6-13.

Terenyi, Z.- Lukácsa, M.(1998): Egy pszichiátriai részleg pszichés születése *Psychiatria Hungarica*, 1998. 13. évfolyam, 1.szám. 28-45.o.

Terestyéni Tamás (2006): Kommunikációelmélet. A testbeszéd-től az internetig. AKIT-Typtex

Tényi T. (1997) : A nonverbális terápiák az újabb pszichoanalitikus elméletek tükrében.

Psychiatria Hungarica, 12, 217-224.

Tényi T., Herold R., Lénárd K.(2000): A találkozás pillanata. Pszichoterápia 2000; 9:117-123.

Thomä, H., Kächele, H. (1987) A pszichoanalitikus terápia tankönyve. 1. Alapok.MIET Pszichoterápiás Munkacsoport. Budapest

Tillmann J.A.(1996): Ezredvégi beszélgetések (Paul Virilio). 1996.
<http://www.c3.hu/~tillmann/konyvek/ezredvegi/virilio.html>

Tóth, P.(2001):A kommunikáció az evolúció perpektívájából. In:Béres I.,Horányi Ö.(szerk.): Társadalmi kommunikáció, Osiris, Budapest, 2001, 193-210.

Paul Virilio (2002): Az információs bomba. Magus Design Stúdió Kft., 2002

Vikár Gy.(2000): Pszichoanalízis. In: Szőnyi G., Fűredi J. (szerk.): A pszichoterápia tankönyve, Medicina, Budapest, 197-229. o.

Voyer, J.J., Gould, J.M., Ford, D.N.(1996): Systemic Creation of Organizational Anxiety:An Empirical Study August, Massachusetts Institute of Technology
http://www.solonline.org/res/wp/org_anxiety.html

Walker, M.T. (2006). The Social Construction of Mental Illness and its Implications for the Recovery Model. International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 10 (1), 71-87

Winnicott, D.W.(1999): Játás és valóság. Budapest, Animula.