

Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar
Nyelvtudományi Doktori Iskola
Kommunikáció Program

dr.Terenyi Zoltán

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

című
DOKTORI DISSZERTÁCIÓ TÉZISEI

Kaposvár, 2011

Témavezető:
Dr.Erdélyi Ildikó

TARTALOM

A disszertáció szemléleti kerete.....	4
A disszertációban kifejtett tézisek.....	16
Hivatkozások.....	20
A szerző releváns publikációi.....	21

A DISSZERTÁCIÓ SZEMLÉLETI KERETE

A disszertáció témája a pszichiátriai betegség és a terápiás csoport reflektív viszonya. A csoport olyan komplex szintér, amely a pszichiátriai osztály hierarchikus viszonyai között is lehetővé teszi a pszichiátriai betegség mint probléma 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 perspektívájában legitimációs funkcióval bír (Horányi–Szabó 2007).

Betegség

A *pszichiátriai osztályos közeget* kezelési célú vezetett csoportok specifikus kommunikatív környezeteként fogom fel. A kommunikációs perspektíva *többletet* jelent a csoportok működési feltételeinek leírásában. A pszichiátriai kezelés központi kérdése a *beteg* és a *betegség* viszonya, amelyhez a *kezelő* kapcsolódik harmadik tényezőként. 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 *terápia*¹ összetevői: pszichiátriai betegség, reflektív munkamód, kezelő és páciens mint ágensek. A terápia, különösen a pszichoterápia a személyközi kommunikáció sajátos példájaként a *résztevő megfigyelői* működésmódnak a modellje is. Ez a megközelítés teszi lehetővé a terápiás kommunikáció egyik sajátosságának, a *"mintha"* kommunikációnak a leírását. A személyközi kommunikáció jelenségeinek lokális, rendszeren belüli értelmezésén túl hozzákapszolhatók a tágabb társadalmi implikációk, például a *legitimáció* tekintetében. 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

¹ A pszichiátriai kezelésen belül fontos megkülönböztetni a reflektív célú "terápiát" (pl. ilyen a pszichoterápia) az egyéb kezelésektől (pl. fényterápia).

betegségnek mint problémának a tematizációjára, továbbá a kezelésnek/ csoportnak/ intézménynek a társadalmi legitimitációjára.

A betegség a *páciens* életében jelentkezik problémaként, ennek megoldása céljából segítséget kérhet, és részben ebből következően, a kezelő vagy saját maga pszichiátriai betegséget rendelhet hozzá. A *kezelő* 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 *szenvedéses* (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 kötött problémakezelésbe bonyolódnak. Ezeket a társas helyzeteket a kezelési kontextusban a *terápiás kerettel* jellemezhetjük: a keret határozza meg az ágensek közös perspektíváját, viszonyrendszerét és normáit, továbbá azt, amelyen módon a pszichiátriai betegség tematizálódik.

A *megbetegedés* a páciens sajátvilágának és a betegségnek az illeszkedése a gond, a tünet és a panasz illesztékein keresztül. A *gond* immanens, a leginkább integráns része a sajátvilágnak, nem rendelkezik intencionalitással. 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 *betegségeztünet*ről is, amikor ez a diszpozíció megszűnik. A betegségeztudat a medikális megfelelője annak az élménynek, aminek az antropológiai megfelelője a szenvedés(nyomás). A *betegségeztudat* az orvoson keresztül a betegséghez mint absztrakcióhoz kapcsolja a tünet élményét, a *szenvedés(nyomás)* az általános emberi szenvedéshez, embervoltunk mélyrétegéhez kapcsolja a tünetet.

A megbetegedés során a páciens a gondot a tünettel azonosítja², de annak diszpozicionális jellege miatt paradox módon nem feltétlenül van szó betegségről. A betegség mint probléma annak a (saját betegségnélküli állapot elérésére alkalmas) *felkészültségnek* a hiányaként is értelmezhető, amellyel – ha hozzáférne – az ágens képes volna a betegség okozta korlátozottságtól, szenvedéstől megszabadulni. A megbetegedés (betegségbe bonyolódás) nem csupán az individuális páciens-mint-ágens által átélt, létrejött folyamat, hanem a

² A gond és tünet összekapcsolása szimptomatikus szignifikáció keretében történik.

kollektív ágens – család, kezelési rendszer – szintjén is értelmezhető. Esetenként maga a megbetegedés is tekinthető önálló problémakezelésnek, az ennek során eliminált probléma különbözik a betegség kapcsán felmerült problémától.

A betegség szubjektív oldalához kizárólag a páciensnek van hozzáférése, a gond immanens jellege folytán a betegség logikailag *privát*. A páciens számára hozzáférhető közvetlenül a gond, a tünet illetve a betegségtudat (szenvedés). A páciens felkészültségének része a betegségre vonatkozó kategorizálási képesség, a tünetet betegség részeként tekinteni vagy nem. A *betegségtudat* attitűdje a probléma immanens oldalához kapcsolódik, a *betegségbelátás* transzcendált, a létező, szakértő által megállapított betegség esetén releváns. A kezelő számára a páciens tünet/betegség élménye közvetlenül nem elérhető, ebből kommunikációs zavar származik. A kezelő számára a betegség 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.

Az egyes betegségkategóriák társadalmi *konstrukciók*, az egyedi betegek betegségei is társas konstrukciók részei. A betegség körüli diskurzus része a beteggé válásnak és a kezelési kommunikációnak. A betegség körüli diskurzus szerveződésének módja megmutatkozik a kezelésben mint kommunikációban. A csoport egyik specifikuma az, hogy lokális szintérenként egyszerre része a társadalmi kommunikációnak mint betegség körüli diskurzusnak és az egyedi kezelési folyamatnak. A kezelő számára a betegségtudat közvetlenül nem elérhető, a tünet és a panasz konstituálja a problémát, ezek adják a szignifikációk konstitutív alapját a kezelői aktivitások számára kialakuló terápiás kommunikációs színtereken. A kezelő problémája a kezelési helyzethez kapcsolódik, de nem a pácienshez kötött, hanem a kezelő sajátjaként mutatkozik, meghatározó elemei az intézményi kód és a kezelő személyisége. A kezelő részt vesz a páciens problémájának kezelésében, s ezzel együtt saját problémáját is kezeli.

A diagnózisalkotás *szimbolikus szignifikáció*, amelyben a diagnózisnak mint szignifikánsnak és a konkrét beteg betegségének mint szignifikátumnak az összekapcsolása történik. A konstitutív alapot adó pszichiátriai betegségnek a két oldala a betegség mint társadalmi

konstrukció és a betegség mint szubjektív szenvedés forrása, magyarázata. Kezelő és páciens mint kommunikáló individuális ágensek kisebb-nagyobb mértékben eltérő szignifikációkkal bonyolódnak a betegség körüli kommunikációba, a kommunikációs zavar forrása az, hogy eltérő kódok alapján jön létre a páciens-mint-ágens és a kezelő-mint-ágens által a szimbolikus szignifikáció. A kommunikációs színtér 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 színtéren. A betegség mint probléma tekintetében a diagnózis az "in vitro" formának felel meg, míg az in vivo betegség a problémakezelés során, annak különböző szinterein, a vizsgálat, a kezelés keretében mutatkozik. A diagnózis *relevanciája* azáltal jön létre, hogy a kezelő a pácienssel interakcióba kerül. Vannak szeparált szinterekhez kötött esetek, amikor nem a diagnózisról, betegségről jön létre közös tudás, hanem csupán arról a konstellációról, hogy nem alakul ki közös tudás a betegségről. Ez szűkebben a *diagnózisadás*, melynek jellemző szintere a biológiai pszichiátria. A *diagnózisalkotás* tanulási, kommunikációs folyamat, kölcsönös tudás jön létre benne, kommunikatív, az egyik konkrét típusa a pszichiátriai betegség körüli diskurzusnak. Vannak olyan komplex szinterek, ahol kölcsönös többletfelkészültség jön létre a betegséget illetően, ilyenek a pszichoterápia, a terápiás csoport.

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 színtéren. A kezelés során létrejövő többletfelkészültség, kezelő és páciens közös tudása a betegség körüli kommunikációs zavar feloldására ad lehetőséget. A pszichoterápia általános modellt ad a terápiás keret értelmezéséhez. A pszichoterápia kommunikatív, szinterei közül legáltalánosabb a potenciális tér, társadalmi legitimációjának részjelensége a tudásátadás. A pszichoterápiát szervező konstitutív alap főként a gond, illetve a gond és a tünet kapcsolódására való irányultság.

A betegség rekonstruálódik a páciens és kezelő kommunikációjában. Ennek a *rekonstrukciónak* módszerspecifikus modellje a pszichodinamikus pszichoterápiákban jellemzően létrejövő és reflektált indulatáttétel (Thomä-Kächele 1987), ahol a közös perspektívában az úgynevezett kapcsolati dinamika többrétegű többletfelkészültséget tesz elérhetővé a jelenidejű áttételi mintázat; a múltbeli, eredeti kapcsolati mintázat; a lelki konfliktus és tünet összekapcsolódásával. A terápiás kapcsolat és kommunikáció rekonstruálja

és reprezentálja a pszichiátriai betegséget és ez a rekonstrukció egyben reparációt/terápiát is lehetővé tesz.

Pszichiátria

A pszichiátriai intézmény/osztály a pszichiátriai betegség körüli kommunikációk komplex színtere, a páciens és a kezelő perspektíváihoz további elemeket rendel: a betegség privát jellegének megváltozása, különböző módon *tagolt nyilvánosságok* hozzárendelése; intézményi struktúra *saját kóddal*, melyre jellemző a normativitás, a kuszodiális jelleg, a totális rendszer elemei; *szervezeti* struktúra, szociális rendszer; a *lokalitás* (kultúra, nyilvánosság) hatása a pszichiátriai betegségre vonatkozó diskurzusra. Formális szerepekhez kötött, szabályozott és informális interakciók számára egyaránt léteznek kommunikációs színterek, ezek viszonya alapvető határkérdés.

A pszichiátriai osztályon a hierarchikus elrendezés mellett dominál az individuális kezelési helyzet, amelyet egyéni kezelő és egyedi páciens nem pszichoterápiás célú találkozási alakít és amelynek nincs meg az a komplex, reflektív kapacitása, amely az egyéni pszichoterápiás helyzet sajátja. Kisebbségi eséllyel jön létre kezelő és páciens közös perspektívája, vagyis kevésbé képesek kölcsönösen reflektálni a betegségre. A biológiai orientációjú osztályos kezelést szervező konstitutív alap a tünet (viselkedés)/panasz és kevésbé a gond. Minél inkább reflektív/terápiás hangsúlyú az osztályos rendszer, annál inkább a gond lesz meghatározó, s a tünet kevésbé betegségeként, sokkal inkább tünetként jelenhet meg.

A totális kontrollt megvalósító struktúrára, amelynek modellje a *Panopticon* (Foucault 1990), jellemző az elkülönítés, a fegyelmezés, a láthatóságon alapuló megfigyelés, a hierarchia, az egyirányú kommunikáció, a normalizáló szankció. Evolúciós/etológiai perspektívában a pszichiátriai osztály olyan humán csoport, amelyben a szociobiológia, humán etológia által leírt mechanizmusok működnek. Szinkronizációs mechanizmusok szabályozó funkciója hierarchikus struktúrában és a csoportalapú szerveződésben is azonosítható. Az osztályos szinkronizációs mechanizmusok jelentős részben a rendszer önfenntartására irányulnak és nem a betegség reflexiójára. Hierarchikus rendszerben a résztvevők számára a zártság élménye adja a szabályozás alapját. Nagy az egyéni viselkedés direkt kockázata, az interakciókban túlsúlyban vannak a *közvetlen megvalósulású* folyamatok. Introjekció útján való azonosulás a hatalommal illetve a zártság élményközössége adja az alapját az egyensúlyi

viszony szabályozásának. Az együttes helyzetek hierarchikusan szabályozott rendszerében helyet kaphatnak a terápiás keret által szabályozott csoportformák. A hierarchikus rendszer panoptikus modelljének modern szemléletű, reflektivitást lehetővé tevő alternatívája a csoporthelyzet. Csoporthelyzetek integrálása révén az osztályos rendszer egyensúlya magasabb szintű működés mellett áll be.

Csoport

A csoport komplex szintér, amelyhez kötöten az ágensek reflektálnak a betegségre mint problémára. A csoportban az ágensek potenciális térrel³ rendelkeznek és maga a csoporttér is potenciális térként működik, "mintha" kommunikációt tesz lehetővé: az ágensek számára a kommunikátumok egy részének jelentése nem eleve rögzített⁴, hanem van mozgástere annak, hogy közös értelmezésre jussanak. Ez a mozgástér teszi alkalmassá a csoportot a betegség reflektálására. Azáltal, hogy egyik ágenshez sem tartoznak kizárólagosan, a köztes térben megjelenő tartalmak mentesülhetnek a direkt kockázatoktól, direkt megvalósulástól.

Az egyedi ágensek integrációja a csoportba és a csoport integrációja az osztályos rendszerbe rendszerszintű változásokkal jár. A reflektív kiscsoport inkább reflektál a páciens gondjára, a nagycsoport inkább az osztályos rendszer gondjára, a személyzeti csoport a személyzet saját gondjára irányul. A csoport kétoldalú kapcsolati vonatkozása – *belső szabadság és külső strukturált kapcsolódás* – lehetővé teszi a terápiás helyzet kellően komplex megélését. Az osztályos csoport rendszeralakító hatása az osztályos közegen kívül is érvényesül.

Az etnográfiai alapú *résztevéő megfigyelés* (Kapitány–Kapitány 2002) hétköznapi attitűdként is azonosítható, továbbá alkalmas gyakorlat a csoportvezetői/terapeutai funkció működtetésében, illetve a kutatási módszertan része is. A pszichiátriai osztályos gyakorlat leírása a részvétel és megfigyelés különböző szintjei, mélységei révén lehetséges. Részvétel és megfigyelés individuális ágensfunkciók és értelmezhetők a kollektív ágens szintjén is. A terápiás változás a csoportban a mester-tanítvány analógia mentén a *hallgatóságos tudás* átadásaként értelmezhető (Polányi 1994). A csoportfolyamat jelentős része az ágensek járulékos tudatosságában zajlik. A csoport explicit összetevőinek vannak hallgatóságos

³ A participáció felől nézve a potenciális tér a személyes (bizalmi) és jelzett („mintha”) (újra)kapcsolódásra való képességnek, mint elérhető többletfelkészültségnek a helye.

⁴ például intézményi kód által

tudásként leírható elemei (keret, változás, kapcsolat). A csoportvezető beavatkozásai a fokális és járulékos tudatosság mentén is szabályozódnak. A klasszikus kognitív és a konnekcionista megközelítés (Pléh 1998) olyan modellek, amelyekhez szerkezetében nagyon hasonló dichotom fogalomkészleteket és működési mechanizmusokat tudunk azonosítani az intézményi csoportokat érintő csoportdinamikában.

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

A betegségnek a csoport színterén létrejövő rekonstrukciója tartalmazza azt a lehetőséget is, hogy nincs szó betegségről: a csoport explicit tematizáció nélkül is reprezentálja a betegségre vonatkozó tudást illetve a rekonstrukciós potenciált. A közvetlen megvalósulás, akció helyett domináló reflektivitás elősegíti a terápiás megértést és a terápiás változást. A csoport színterén az ágensek számára a többletfelkészültség nem csupán a betegségekre vonatkozóan érhető el, hanem a pszichoterápiára mint terápiás módszerre és szemléletmódra vonatkozóan is. Ez a hozzáférés alapozza meg a csoport legitimációs funkcióját.

Kollektív ágencia

A csoportot a páciensek és a kezelők mint ágensek közösen elérhetővé váló többletfelkészültsége és a létrejövő kollektív sajátvilág konstituálja. A csoport tagjainak integrációját a terápiás keret szabályozza és teszi lehetővé. A csoport integrációjának élménye az egyedi ágens perspektívájában az *odatartozás* érzése. A csoportkeret, a pszichoterápiás keret a *mozgástér*⁵ része, illetve a csoport mint kollektív ágens saját mozgásterének konstituense a keret. A csoportban a keret körül zajló részben tudatos, részben hallgatólagos alkufolyamat az ágensek integrációjának a részévé válik. A színtér ágenshez kötöttségének explicit példája a *csoporttitok*, amely integrációs erővel bír, másfelől a csoporttagok mint ágensek mozgásterét szabályozza.

⁵ A mozgástér a színtérnek más ágensek által legitimált része, a határait konfliktusok jelölik ki (Horányi 2009).

Az egyedi páciensek az egyes terápiás szintereken (csoportokban) individuális ágensek, továbbá olyan kollektív ágenseket reprezentálnak, amelyeket egyébként más szintereken alkotnak. Attól függően, hogy milyen mértékben átjárhatóak az egyes csoportok határai, azaz az egyes kollektív ágensek mennyire integráltak, eltérő eséllyel közvetítődnek tartalmak és kapcsolati minták a szinterek között. Az erősen kerettartó, csoporttitokkal védett csoportok tartalmi kevésbé explicit módon jelennek meg más szintereken. A nagycsoportban definitíve egyenlőek 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 nem azonos teljesen a csoporttagok számára. Eltérő felkészültségekkel jönnek a csoportba, és eltérő az a mozgástér, amit megenged számukra a többi ágens, illetve amit megengednek a csoport szabályai. Az azonos kiscsoporthoz tartozók mozgástere például eltér a többiekétől a csoporttitok által behatárolt tartalmak értelmében. Ez az egyenlőtlenség a felkészültségben is megjelenik, a kiscsoport tagjai rendelkeznek bizonyos felkészültségekkel a saját csoportjukat illetően, amivel a többiek nem rendelkeznek.

A kollektív ágencia egyaránt érvényesül a páciensek és kezelők mint individuális ágensek, a csoport mint egész és a csoport környezetének mint kommunikatív környezetnek a változásában. 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 rendszerszintű célokhoz, amennyiben nem illeszkedik, akkor a csoport feed-back mechanizmusokon keresztül kiszelektálódik. A nagycsoport színterén a kiscsoport mint kollektív ágens megjelenik, de nem hoz magával önálló színteret, elemei megjelenhetnek a nagycsoporton. A személyzet a nagycsoporton is integráltabb kollektív ágensként jelenik meg, mint a betegek csoportja.

Csoport és felkészültség

A terápiás csoport mint kollektív ágens felkészültségei az alábbi szempontok alapján kategorizálhatók: (1) a csoporttagok mint individuális ágensek és a csoportegész mint kollektív ágens eredendő és szerzett, kategoriális és faktuális felkészültségei; (2) a csoportvezető és a tagok elérhető felkészültségeinek különbözőségei; (3) kategoriális leírás az ágensek felkészültségéről a betegségtudat, betegségbelátás mentén, továbbá a hierarchikusság

és reflektivitás mentén. A csoport kategoriális felkészültsége leírja, milyen kapacitások érhetők el egyáltalán a csoport által, ennél kisebb a faktuálisan elérhető felkészültség. A csoport kategoriális felkészültségéhez az egyéni ágens csoporttagok egyéni kategoriális felkészültségein kívül a csoporthelyzetből magából⁶ fakadó felkészültség is hozzátartozik. Az osztályos rendszerben az egyes csoportok jellemezhetők a tagjaik és a csoportvezetők felkészültségei szerint, az osztályos rendszer rekonstruálható az egyes csoportok mint kollektív ágensek konstellációi alapján.

A csoport mint aktor

A csoport mint kollektív ágens magányos aktorok integrációja, sajátos kollektív ágensvilág jellemzi. Egyedi aktorfunkciók mellett közös aktorfunkció is értelmezhető mint *közös fellépés*. A csoport mint aktor része egy összetett rendszernek, mely közelebből 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 ágens funkcióját szerint a csoportvezető reprezentálja a külső környezetben, de a csoporttagok mint individuális ágensek is megjelenítik. A csoportvezetői felkészültség része a csoport illesztése a környezethez. A hierarchikus pszichiátriai rendszerben ennek a funkciónak alapvető a jelentősége. A csoport is rendelkezik *identitással*, nem csak a tagjai, ennek a csoportidentitásnak a leírása a kollektív ágens kategoriális szerkezetének leírása alapján lehetséges.⁷

⁶ 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. Eszerint 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.

⁷ Metaforikusan is megragadható ez a kérdés a tekintet sorsának követésével: a csoporttal nem lehet szembenézni, aki beszél, sok esetben nem egy személynek, hanem a csoportkör közepének beszél. Viszont lesütni a szemünket a csoport előtt is lehet, a szégyenérzet tekintetében a kollektív ágencia is érvényesül.

Belső nyilvánosság, lokálitás, komplexitás

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, komplex, a potenciális térre vonatkozó attitűdöt is tartalmazó többletfelkészültség közösségén alapul. 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 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 betegség, betegségtünet szignifikációkon keresztül kerül a csoport felkészültségei közé és válik megszathatóvá.

A kollektív sajátvilág a külvilágban csak szűrtelen megjelenő tartalmakkal jellemezhető belső nyilvánosság, véleményáramlatokkal (Horányi 2007). A pszichiátriai osztályos nagycsoport mint médium sajátos módon valósítja meg az *osztályos nyilvánosságot*. A *lokálitás* a csoportban való létezés egyik alapkategóriája: a *természetes emberi életvilág*, amelyet közvetlen, személyes viszonyok alkotnak, s amely a szocializációhoz szükséges környezetet adja (Nyíri 1998). A lokálitás legfontosabb aktusa a találkozás. A terápiás csoport lehet az egyik lokálitással bíró alakulat, amely a modern „rizikótársadalom” felé szűrőként működhet és az egyedi autonómiához szükséges, fogyóban lévő „humán készlet” feltöltésében segíthet.⁸

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 pszichoterápia színtere – ezen belül a csoport még inkább – komplexebb, 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

⁸ Ahogyan a 60-70-es évek csoport-boomjában be is töltött hasonló szerepet.

problémakezelési kapacitás tekintetében. A csoportvezető komplexitáshoz való viszonya részévé válik a csoport által elérhető többletfelkészültségnek.

A kompetens⁹ csoportvezető

A csoportvezető az, aki létrehozza a csoportot, felelős a csoport fennmaradásáért, működéséért, sajátos határhelyzete a résztvevő-megfigyelői pozíció mentén leírható: *személyisége* révén résztvevőként bevonódik a csoportfolyamatba, közvetlenül elérhetőek számára a csoport kontextus tartalmi, 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 terápiás csoportban a *csoportvezetői* szerephez kapcsolódó releváns *felkészültségek* a kezelői funkción túl is körülírható kapacitásokat tartalmaznak: (1) elméleti koncepciókat; (2) hogyan jellegű tudásokat, amelyek a csoportvezetői gyakorlathoz kapcsolódnak (kommunikációs skillek, potenciális tér, módszerek, technikák, résztvevő megfigyelői munkamód); (3) 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; (4) 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 viszony¹⁰. 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 terápiás csoportban a csoportvezetőnek mint kezelőnek a saját perspektívája nagy jelentőséget kap: a csoporttagok azonosak abban, hogy közvetlen hozzáférésük van a betegség

⁹ Az ágens akkor kompetens, ha a problémakezeléshez szükséges, releváns *felkészültségek* elérhetőek a számára és a problémakezeléshez szükséges *legitimált mozgástérrel* rendelkezik (Horányi 2009).

¹⁰ Ezt a viszonyt koncipiálja Ormay Tom a társas-én, illetve a csoportanalitikus irodalom a társas tudattalan keretében (Ormay 2010).

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. Ebből az elszigeteltségből csupán a csoportmunka révén, az elérhető többletfelkészültséggel tud kilépni. A csoporttag/páciens a szenvedésnyomás által, a csoportvezető/kezelő a szakmai éthosz által köteleződik el.

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 érvényes, hogy legitimitásának forrása részben a lokális, munkatársi közeg, részben a szakmai közösség és a páciensek köre. A csoportvezető határfunkciójához tartozik, hogy a lokális legitimitációt elérje, fenntartsa. A páciensi legitimitáció különösen erős lehet a csoportkohézió révén. A csoporttagok és a csoportvezető között folyamatos egyezkedés zajlik e körül a legitimitáció körül, ideálisan dinamikus egyensúlyban van. A csoportvezető legitimált mozgásterének határai intézményi meghatározottságúak (Horányi 2009). A csoportozásnak, a rendszerszemléletű problémakezelésnek sajátos nyelve, kultúrája van, ez az intézményi kód gyakran segíti, máskor visszafogja a csoportvezetőt a legitimitáció fenntartásában. A problémakezelés a csoport szocializációs hatásának révén a csoporttag működésének is a részévé válik.

A DISSZERTÁCIÓBAN KIFEJTETT TÉZISEK

➤ A páciensnek inputja van a betegség szubjektív részére, a gondra és a kapcsolódó panaszra vonatkozóan, nincs közvetlen inputja a tünetre, mint szignifikánsra, 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 terápiás csoport olyan szintéreként szolgál, amelyre a reflektív kapacitás jellemző.

➤ A terápiás csoport olyan szintér, amelyen a csoportvezető/kezelő mint ágens releváns felkészültsége részeként kapcsolódó (pszicho)terápiás tudás a csoporttaggal/pácienssel mint ágenssel való *kapcsolatban értelmezhető*.

Kölcsönös tudás mint többletfelkészültség jön létre, melynek összetevői:

- a csoportvezetőnek/terapeutának a csoportra, a terápiára, a csoporttagra/páciensre, a betegségre, önmagára, a tudás mibenlétére *vonatkozó* tudása;
- a csoporttagnak/páciensnek a csoportra, a terápiára, a csoportvezetőre/terapeutára, a betegségre, önmagára, a tudás mibenlétére *vonatkozó* tudása.

➤ A csoport mint kollektív ágens nyitott a szignifikatívra, a potenciális tér révén a szimbolikus szignifikatív elérhető. A csoport-mint-ágens felkészültségét növeli a reflexió, elérhetőkké válnak olyan szignifikánsok, amelyek egyébként nem. 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 azok az esetek, amelyekben a páciens, a gond, a tünet, a panasz, a betegség, a kezelő, különböző konstrukciójú szignifikánsokkal és egymással különböző jelentésmintázatokban kapcsolódnak.

➤ A terápiás csoportra jellemző, hogy *triadikus* interakciók számos különböző változatban jelenhetnek meg, az ágensfunkciók szinte szabadon variálódnak. Ez a rugalmasság adja az alapját annak, hogy csoport mint kommunikációs szintér 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 hozzáférése 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.

➤ Kommunikatív jellege alapján a terápiás csoport a pszichiátriai betegségekre vonatkozó tudás/felkészültség helye: a csoportban elérhetők a páciensnek a betegségekre vonatkozó szubjektív tapasztalatai, továbbá feltárható a gond és a tünet közötti viszony. A kezelők és a páciensek kölcsönös tudása jön létre, melynek a relevanciáját a *változás* adja. A többletfelkészültségek egy része implicit, hallgatólagos tudás. A csoporthelyzetben a felkészültségek egy része *eredendő* felkészültségként érhető el, mint etológiai-antropológiai hatásmód (pl. szinkronizáció), annak ellenére, hogy a csoport nem eredendő közösségként jön létre. A csoportban a betegség *nyilvános jellege* olyan módon valósul meg, amelynek révén reflektálható.

➤ 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 rekonstrukciónak 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 terapeuta *legitimációjának szerkezete* a pácienssel, a közvetlen munkatársi-szakmai kapcsolatokkal és a tágabb szakmai közeggel való viszonyrendszerként írható le. A terapeuta legitimációjának forrása egyfelől a páciens sajátvilágában a *terapeuta és a terápiás kapcsolat* megmutatkozása; másfelől a szakmai közösség tagolt belső nyilvánosságában a *páciens és a terápiás kapcsolat* reprezentációja. 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 *terapeuta*). A terápiába bevonódást, működést segíti, ha a páciens és nem a külső autoritás legitimálja a kezelőt. A terápiás csoportban is a csoporttagok legitimálják csoportvezetőt és jelölik ki a mozgásterét. Paradox helyzet a terápiás csoportban,

ha a kezelő a páciensektől nem kap legitimációt: hiába kap legitimációt a külső autoritástól, az beszűkíti a mozgásterét.

➤ A terápiás kommunikáció révén a gond illetve a gond és tünet viszonya elérhetővé válik. A reflektív csoport számára kategoriólisan elérhetőek 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 pszichiátriai betegségnek problémaként való megjelenítésében sarkalatos pont az, hogy az adott színtér 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 színtéren 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.

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, korrektív hatása is: ami a társadalomban a demokrácia alapja (pl. szólásszabadság), az a nagycsoportban az egyén és a csoport (ön)megértési modelljeinek potencialitása, lehetősége.

➤ 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 koalíció¹¹ (csoportvezető nélkül);
- szűkebb csoport mint kollektív ágens (csoportvezető nélkül);
- teljes csoport mint kollektív ágens (csoportvezetővel)¹².

➤ A *reflektív funkció* tartalmazza azt, hogy a páciens/csoporttag egyszerre résztvevője a csoportfolyamatnak (illetve az abba kivetülő, abban megmutatkozó saját belső élményvilágának), ugyanakkor értelmezője, reflektálója, megfigyelője is mindennek. Tehát a kollektív ágensalkotó individuális ágensek egyénileg is megvalósítják a kétféle aktivitást. A csoportvezető szerepkörének szintén alapeleme a résztvevő megfigyelői működés. Mindezekon 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.

¹¹ A kollektív ágensnél kisebb integráltságú közösség, például a csoportülés előtt a csoportra várakozó tagok mint individuális ágensek ilyen koalíciót alkotnak.

¹² A csoportanalitikus felfogás ez utóbbit preferálja, a csoportegészt eszerint mutatja fel: a csoport analízise a csoport által beleértve a csoportvezetőt is (Foulkes 1964).

HIVATKOZÁSOK

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

Foulkes, Siegfried Heinrich (1964): *Therapeutic Group Analysis*. London, George Allen and Unwin.

Horányi Özséb (2007): A kommunikáció participációra alapozott felfogásáról. In Horányi Özséb (szerk.): *A kommunikáció mint participáció*. Budapest, AKTI – Typotex, 246-264. p.

Horányi Özséb (2009): Arról, ami szignifikatív és arról, ami kommunikatív; valamint arról, ami problematikus (szinopszis, 7.3 változat). In Bagdy Emőke, Demetrovics Zsolt, Pilling János (szerk.): *Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 201-235. p.

Horányi Özséb, Szabó Levente (2007): A kommunikáció ágenséről. In Horányi Özséb (szerk.): *A kommunikáció mint participáció*. Budapest, AKTI – Typotex, 175-235. p.

Kapitány Ágnes, Kapitány Gábor (2002): Résztvevő megfigyelés a saját társadalomban - korszakok szimbolikája. In uők (szerk.) „*Jelbeszéd az életünk*” – 2. Budapest, Osiris, 124-156. p.

Nyíri Kristóf (1998): *Globális társadalom és lokális kultúra a hálózottság korában*. <http://www.phil-inst.hu/nyiri/tutzinghn.htm> (letöltés: 2004.01.23.).

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

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

Polányi Mihály (1994): *Személyes tudás I-II. Úton egy posztkritikai filozófiához*. Budapest, Atlantisz.

Thomä, Helmut, Kächele, Horst (1987): *A pszichoanalitikus terápia tankönyve. 1. Alapok*. Budapest, MIET Pszichoterápiás Munkacsoport.

A SZERZŐ RELEVÁNS PUBLIKÁCIÓI

Terenyi Zoltán (1995): A pszichiátria invazivitása, avagy “Mitől döglük a légy?”
Psychiatria Hungarica, X. évf. 3.sz. 317-320. p.

Terenyi Zoltán (2003): „Nyitvatartás” – A totális rendszer mint csoportterápiás közeg.
Pszichoterápia, XII. évf. 6. sz. 378-385. p.

Terenyi Zoltán (2005): Nagycsoport és nyilvánosság: médiumelméleti megközelítés.
Pszichoterápia, XIV. évf. 5. sz. 687-700. p.

Terenyi Zoltán (2006): Mezsgye. Kísérlet a „potenciális tér” fogalom kognitív és tágabb értelmezésére. In Kubinyi Enikő, Miklósi Ádám (szerk.): *Megismerésünk korlátai*. Budapest, Gondolat, 68-80. p.

Terenyi Zoltán (2007): A szoptatás kommunikatív aspektusairól. *Serdülő- és gyermekpszichoterápia*, V. évf. 3. sz. 4-18. p.

Terenyi Zoltán (2007): A freudi pszichoanalízis én- és valóságkonstrukciója a kommunikációtechnológia perspektívájából. *Lélekelemzés*, II. évf. 2. sz. 109-117. p.

Terenyi Zoltán (2010): A pszichoterápia mint társadalmi intézmény: Hol a helye a pszichoterápiás tudásnak? *Pszichoterápia*, XIX. évf. 5. sz. 308-317. p.

Terenyi Zoltán: A kezelő, a kutató és a probléma. In Hámori Eszter (szerk.): *Kutatás és terápia – Várandósságtól a felnőttkorig*. Piliscsaba, Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar, 160-168. p.

Zoltán Terenyi, Gabriella Kis, János Eszik (2004): Hierarchy and/or Reflectivity: The Role of Groups in the Function of Psychiatric Wards. *Group Analysis*, Vol. 37. No. 1. 45-63. p.

Terenyi Zoltán, Kotsis Ádám (2007): Mesterség, tudomány, személyes tudás – a pszichoanalízis Polányi Mihály ismeretelméletének fényében. *Pszichoterápia*, XVI. évf. 1. sz. 6-13. p.

Terenyi Zoltán, Lukácsa Monika (1998): Egy pszichiátriai részleg pszichés születése.
Psychiatria Hungarica, XIII. évf. 1.sz. 28-45. p.

