

Dr. Kóczán György

A neurotikusok szocioterápiája

Először a címben szereplő „szocioterápia” szó jelentéséről kell szólnom. E kifejezés annak felismerése kapcsán fogalmazódott meg a medicinában, hogy a betegségek keletkezésében, lefolyásában és a terápia valamint rehabilitáció során óhatatlanul jelen vannak és hatnak társadalmi és szociális tényezők. Az egyén nemcsak szervezete természeti-biológiai törvényeinek alávetetten éli mindennapi életét, hanem mindezen életmegnyilvánulásai kapcsán, ezektől elválaszthatatlanul „szerzője és szereplője is” azon társadalmi törvényeknek és viszonyoknak is, amelyek körülveszik. Ez legközvetlenebbül társas kapcsolataiban, családi, munkahelyi és baráti viszonyaiban jut érvényre, amennyiben a betegség e társas viszonyok újra alakítását, újraszervezését követeli meg az egyéntől. A szocioterápia e társadalmi-társas kapcsolatok tudatos felhasználását jelenti a gyógyítási folyamatban. Ennek érdekében az orvos olyan közösségi viszonyokat teremt a betegek számára, amelyekben lehetőséget biztosít arra, hogy e társas viszonyokat a betegek betegségük kapcsán fenntarthassák, sőt, a megváltozott körülményeknek megfelelő, újabb kapcsolatok kialakításával stabilizálják helyzetüket.

E terápiás elv messze meghaladja a pszichiátria kereteit, a medicina szinte minden területén érvényre jut. A rehabilitáció elengedhetetlen eszköze a csökkentlátásúak, halláskárosodottak, mozgáskorlátozottak körében. E betegek számára szervezett társas összejövetelek, klubfoglalkozások, rehabilitációs munkahelyek vagy átképző tanfolyamok a legszélesebb lehetőséget adják arra, hogy e betegek nemcsak szomatikus elváltozásaik korrekciójára kapjanak módot, hanem társas viszonyaik újraszervezésére is! Olyan krónikus betegségben szenvedők számára is hatásos terápiás forma, a gyógyszeres kezelés mellett, mint például a tuberkulotikusok, aszthmások vagy diabetesesek. A betegség ez esetben is olyan komplex életmódbeli változásokat követel, amelyek kihatással vannak az egyén munkahelyi és egyéb társas kapcsolataira is.

Paradox módon a pszichiátriában ma már általánosan használt csoportpszichoterápiás eljárások gondolata egy tbc-beteget gyógyító belgyógyászban vetődött fel először (*Pratt, 1905*). A századelőn e meglehetősen gyakori és súlyos betegség gyógyításában — a lázcsillapítás, köptetők és egyéb tüneti enyhülést nyújtó gyógyszerek mellett — nagy hangsúlyt kapott az életmódválttatás. A hosszú szanatóriumi kezelésekként a betegeknek szigorú napi-rend szerint kellett élniök, számos óvó rendszabályt kellett betartaniök. Ezen életformaváltozás elfogadtatására a betegekkel e belgyógyász — a szükségből érényt csinálva — csoportos megbeszéléseket folytatott. Így lerombolta az orvos-

tudomány egyik alappilléret, a diadikus orvos—beteg kapcsolat modelljét. Kiderült azonban, hogy az egy orvos—több beteg alakzatú orvos—beteg viszony az adott esetben hatásosabb volt, mint a korábbi egy orvos—egy beteg kapcsolat. Az elhangzott szavaknak — úgy tűnt — nagyobb súlyuk lett azáltal, hogy többen mondták. A betegek egymás tapasztalatait, tanácsait is elfogadták, az orvos is hitelesebbnek érezte érveléseit azzal, hogy a betegek csoportja együttesen egyetértett vele. Azt is észrevette, hogy e csoportos megbeszélések eredményeképpen csökkent a betegek féelme az izoláltságtól, kevesebb volt a betegsége depresszióval reagáló is.

Hasonló megfontolások alapján alkalmazták a csoportos betegmegbeszéléseket a gyógygyeszeres kezelést kiegészítő módszerként katonatorvosok is a második világháborúban pszichoszomatikus betegségek gyógyításában.

A pszichiátriában a szocioterápiás eljárások az előbbieken túl is különös hangsúlyt kaptak annak felismerésével, hogy a lelki zavaroknak nem pusztán következménye a személyközi érintkezések zavara, hanem az egyén koragyerekkori, gyerekkori családon belüli kapcsolatainak hibás alakulása oki tényező is ezek kifejlődésében. E gondolat *S. Freud* munkásságában fogalmazódott meg először, és nyert rendszerezett kifejtést. Noha a pszichoanalitikus módszer szigorúan a diadikus orvos—beteg viszonyra épült, a pszichoanalitikus elméletből óhatatlanul következett a csoportos pszichoterápiás módszerek alkalmazhatósága is. *J. L. Moreno* az 1920-as években szerepek spontán megjelenítésére, élethelyzetek, szituációk dramatizálására csoportos foglalkozásokat szervezett azzal a céllal, hogy megkönnyítse egy-egy élethelyzet kapcsán az asszociációk kialakulását, korábbi emlékek felszínre kerülését, amit aztán a terápia nyersanyagként felhasználhatott.

A csoportterápiás módszerek fejlődésének hatalmas lendületet adott az 1930—40-es években Amerikában egyre inkább kibontakozó experimentális szociálpszichológia. *K. Lewin* laboratóriumában először gyerekcsoportok működésének szabályszerűségeit vizsgálták, a vezetők magatartásának hatását a csoportok feladatteljesítésére, valamint a csoport emocionális miliójének alakulására. A demokratikus, autokratikus, valamint szabadjára engedő vezetési stílus következményeiről publikált adataik nemcsak a pszichológia és a pedagógia számára jelentenek fontos támpontot, hanem a vezetéstudomány a legszélesebb körben alkalmazza is e megfigyelések eredményeit a gyakorlati munkában. Alapvető kutatásokat folytattak a frusztráció hatásmechanizmusának tisztázására is. Ezen vizsgálatok jelentősége is messze meghaladta a laboratóriumi kutatások szintjét. Az emberi közösségek működésének alapmechanizmusait, ezen belül az egyén viselkedését a fizikából ismert jelenség, a mágneses-elektromos erőter analógiájára konstruált fogalom, a szociális erőter segítségével írták le és magyarázták.

Az ötvenes években kutatásaikat kiterjesztették a felnőtt közösségek empirikus vizsgálatára is. Ennek eredményeképpen születtek meg azok a fogalmak, módszerek, amelyek segítségével jól leírhatók, magyarázhatók e terápiás csoportokban lezajló folyamatok, jelenségek is. Lehetőség nyílt arra is, hogy e gondolati rendszerben a csoportterápia hatásmechanizmusa is megragadható, értelmezhető legyen.

A 3. sz. Katonai Kórház Ideg-élme osztályán ezen szociálpszichológiai módszerek alkalmazásával vezetjük csoportjainkat neurotikus betegek gyógyítására, rehabilitációjuk elősegítésére. Célunk az, hogy a csoportban zajló spontán magatartások, megnyilvánulások visszajelentésével, értelmezésével a betegek számára a társas kapcsolatok, viszonyok alakulásának, fejlődésének mechanizmu-

sait tudatossá tegyük, és ezáltal hozzásegítsük a betegeket ahhoz, hogy mindennapi életükben képesek legyenek arra, hogy szociális kapcsolataikat — a családban, munkahelyen, baráti közösségekben — szükségleteiknek megfelelően alakítsák. Nagyobb megértéssel és toleranciával fogadják mások feléjük irányuló magatartását és ugyanígy nagyobb hatékonysággal legyenek képesek arra, hogy önmaguk jobb kifejezésével érvényre juttassák érdekeiket, szándékaikat. Felismerjék azt, hogy a saját magatartás és a másik ember magatartása között kölcsönös meghatározottsági viszony áll fenn: azon feszültségek, indulatok, amelyeket adott helyzetben érzünk, azok e helyzet ránk gyakorolt hatásának eredményei, más emberek magatartásának következményei. De ugyanígy mi magunk is kiváltunk hatásokat másokból, és ahogyan mi reagálunk mások viselkedésére, ők is ugyanúgy a mi magatartásunkra adott reakciókkal válaszolnak. A pszichoterápiás munkában ezt egy bumeráng mozgásához szoktuk hasonlítani. Magatartásunkkal mintegy „elhajítjuk a bumerángot”, és anélkül, hogy tudnánk róla, az visszatér, és esetleg fejbe csap minket. Ezt nem mások dobták felénk, hanem mi hajítottuk el úgy, hogy az — saját mozgástörvényeit követve — visszatért hozzánk. Kezdeményezői és elszenvedői is voltunk egyszerre annak a kellemetlenségnek, amit a visszacsapó bumeráng nekünk okozott.

Mindez így elmondva, úgy tűnik, közhely. Mindannyian jogosan válaszolhatnánk rá: ki az aki ezt nem tudja? Valóban, így elméletben mindenki számára nyilvánvaló igazság ez. Ám nagyon nehéz helyzetbe kerülnénk akkor, ha ezt egy konkrét szituációban szóban meg kellene fogalmaznunk. Verbalizálnunk kellene azokat a hatásokat, amiket bennünk más emberek keltettek, vagy le kellene írunk, hogy egy adott magatartásunkkal véleményünk szerint más emberekben milyen hatást váltottunk ki. E kölcsönös meghatározottság folyamatos felismerése, kontrollálása a kommunikációs aktusban szüntelenül jelenlevő folyamat. A kommunikáció nem verbális csatornáin — hanghordozás, hangsúly, hangszín, mimika, gesztusok, testtartás, távolságtartás — szüntelenül, mindkét irányban áramló információk alapján fogalmazódik meg bennünk anélkül, hogy ennek tudatában lennénk. Ennek alapján alakítjuk viszonyunkat másokkal, „érezzük meg” azokat a határokat vagy mélységeket, ahogyan a másik emberhez közelíthetünk vagy éppen távolságot tartunk vele szemben. Így fedezzük fel azt, hogy megértette-e a másik ember azt, amit mondtunk neki, úgy értette-e azt, mint gondoltuk és kívántuk, vagy további információk adásával segítenünk kell neki. Elfogadja-e közlésünket, s vele együtt személyünket, vagy fenntartásai vannak irányunkban. A neurotikus beteg lelki feszültségei, indulatai nyomása alatt e finom szabályozó mechanizmusok felismerésére képtelen, vagy éppen e feszültségek hatására csak ezeken — mint fekete szemüvegen — keresztül dekódolja önmaga számára e jelzéseket: egyoldalúan, saját lelkiállapota, érzései szerint értelmezi a világot, az őt körülvevő embereket, a vele kapcsolatban levőket. A hozzá megértő, segítő szándékkal közelítőt agresszornak tekint, a véleményét alapjában véve elfogadó személyt, ha esetlegesen konstruktív, segítő szándékkal kiegészítéseket tesz, már úgy érzékeli, mint aki véleményét megkérdőjelezi, elveti, semmibe sem veszi. A neurotikus megbetegedés így az interperszonális érintkezés zavarában objektiválódik: a beteg közösségeiben éppen e hibás kommunikációs stratégiája kapcsán sorozatosan frusztrálódik, fokozatosan perifériára szorul, elveszíti kapcsolatait, izolálódik. Fél mindenkitől, de lassan ötöle is félnek. E circulus vitiosus megszakítását célozza a csoportterápia: segítséget nyújt a betegnek abban, hogy felismerje az önmagában jelenlevő érzéseket és a környezetből feléje áramló emóciókat, és e kettő között képes le-

gyen arra, hogy különbséget tegyen. Decentrálásnak nevezzük ezt az — eredetét illetően emocionális — teljesítményt.

A csoportterápiára való előkészítés — ambuláns vagy osztályos kivizsgálás után — annak elfogadtatását jelenti, hogy a panaszok háttérében lelki zavarok állnak. Sokszor ez nagyon nehéz folyamat. A betegek egy része ugyanis a negatív laboratóriumi és műszeres vizsgálatok eredményeit — és ebben sokszor orvosi magatartás is felfedezhető — mint kudarcot dolgozzák fel. „Nem találták meg a betegség okát”, „csak ideges tünet”, „akarni kell, és akkor elmúlik” stb. Ezen előítéletek feldolgozása után a lélektani gyógymódok elfogadtatására kerül sor. A pszichoterápia — szemben más gyógyszeres kezelésekkel — az orvos és beteg szoros együttműködését jelenti. Kölcsönös aktivitást követel meg mindkét fél részéről. Nem elég, hogy az orvos az aktív fél, aki tanácsokat, gyógyszereket ad, amelyek passzív elfogadásával a beteg gyógyul. A pszichiáter csak abból a nyersanyagból dolgozhat, amit a beteg a terápiába hoz: eseményeket, érzéseket, vágyakat, törekvéseket, mindenképpen önmagát. Ez nagy ellenállásokon keresztül történik: a terápia ugyanis tükör a beteg számára, amelyben önmagát látja, és sokszor kellemetlen a tükörbe belenézni. Feltétlenül szükséges a beteggel annak elfogadtatása is, hogy kívánjon változtatni jelenlegi állapotán, életfelfogásán, ételelvein. Ismerje fel alkalmazkodásának diszfunkcionális jellegét, fogadja el azt, hogy ha változtat önmagán, magatartásán, környezetével szembeni viszonyulása is megváltozik.

A csoportterápiás ülés két terapeuta vezetésével zajlik. A betegek körben ülnek, és a kör két pólusán foglalnak helyet — lehetőleg egymással szemben — a terapeuták. A körbenülés alakzata biztosítja a betegek között a kommunikációs teret. Azt szimbolizálja, hogy nincs a kör pontjai között kitüntetett, mindenki azonos helyzetben van. Egyformán láthat mindenki mindenkit, arc, testtartás, mimika, gesztusok mindenki számára egyformán megfigyelhetők. Nem lehet „elbújni a körben”, jelen lenni fizikailag, csak a „katalógus számára”, de elbújni, valaki „háta mögé”, kínos helyzetekben „észrevétlenné” válni. Önmagában már e helyzet is feszültségek forrása lehet: meg kell mutatni önmagát a betegnek, láttatni, hallatni kell magát.

A csoportvezetők a beszélgetést úgy indítják, hogy nem fogalmaznak meg konkrét témát, nem adnak semmiféle útmutatást arra, hogy miről kell beszélni. Azt hangsúlyozzák, hogy mindenki egyenlő jogokkal vesz részt a csoportban. A cél az, hogy a csoporttagok szabadon, kötetlenül mondják el érzéseiket, véleményeiket a felvetődő témákkal, egy-egy csoporttárs aktuális magatartásával kapcsolatban. Mindenekelőtt saját érzéseikre figyeljenek, arra, hogy megérezzék és meg tudják fogalmazni azt, hogy mások magatartása, megnyilatkozásai milyen hatást keltettek bennük és arra, hogy felfedezzék azt is, hogy saját viselkedésükkel milyen hatást váltottak ki másokban. Ezen érzések, gondolatok megfogalmazásával mintegy „tükröt” tartanak egymásnak, és így visszajelentést adnak és kapnak mások és önmaguk magatartásáról. E visszajelentések azonban nemcsak gondolati, racionális síkon jelentkező, pusztán ismeretként funkcionáló információk, vélemények, hanem az emocionális szférát is mozgósító közlések, amelyek mögött ott állnak a csoportos együttlét feszültségei, az indulat- és viszontindulat-áttétel bonyolult jelenségei, amelyek e közléseket aláhúzzák, hangsúlyozzák, minősítik. Így a tanulás a csoportban az egész személyiséget involváló, az emocionális és kognitív szférát egyaránt átfogó, megmozgató folyamat. Hatásai ezáltal maradandóak, mindaz, amit tanultak, az élményszinten is rögzül és az egyén minden társas viszonyrendszerében érvényre jut, hat.

A terapeuták tehát nem adnak meg konkrét „napirendi pontokat”, amiket

meg kell vitatni. Nem tűznek ki témát, nem „vetnek fel egy konkrét problémát”, amihez „csatlakozni lehet”; egyetérteni vagy ellentmondani. Ezzel átadják a kezdeményezés jogát a csoportnak, minden résztvevőnek egyedül kell eldöntenie, hogy szól-e vagy sem. Illetőleg, ha megszólal, mit kell vagy lehet mondania. E döntés felelősségét és azt, hogy nincsenek készen kapott kapaszkodók, sablonok, „végszavak”, a csoport bizonytalanságként éli meg. E bizonytalanság feloldására a csoport tagjai korábbi magatartásmintái, tapasztalatai alapján tesznek kísérletet. Reprodukálják a mindennapi életben kialakított magatartásmintáikat.

Egy hadnagy betegünk felállva engedélyt kért a bemutatkozásra. Egy másik betegünk jegyzetfüzetével az ölében, írásra, jegyzetelésre készen érkezett a foglalkozásra, mint valamifajta szemináriumra. Olyan nyelvi formulák is megfogalmazódtak, amelyekkel a mindennapi életben, egyéb szervezeti megmozdulásokon szoktunk általában találkozni: „míg az elvtársak gondolkodnak, szabadjon nekem néhány gondolatot elmondanom...”.

A bizonytalan helyzet megoldására betegeink tehát nem e szituációból származó információk alapján tettek kísérletet, hanem korábbi tapasztalataik, gyakorlatuk mechanikus átvételével próbálták oldani a feszültséget. Ennek ellentmondásai, diszszonanciája nyilvánvalóvá vált a csoportban: miből gondolta azt, hogy itt az a szokás vagy előírás, hogy fel kell állni és jelenteni? Utalt valaki erre, kérte ezt valaki stb. kérdések kapcsán világossá vált betegünk számára az, hogy magatartását nem a helyzet, az adott emberek együttesében megérezhető légkör motiválta, hanem sablonok, szokások, merevség. A mindennapi életben az ilyen helyzetek alapvetően éppen a főszereplő számára maradnak rejtettek: csak azt érzi, hogy mosolyt váltott ki magatartása a jelenlévőkben. A hivatalos formulák felidézése kapcsán megmerevedett az egyébként oldott, kötetlen légkör. A főszereplő, miközben elfogadást várt, a közösség elutasította, a várt befogadás helyett perifériára került.

A bizonytalan helyzet megoldására való képtelenség fogalmazódik meg a csoportterápiás folyamat kezdeti fázisában igen gyakran tapasztalható jelenségvilágban, amikor is a csoportot vezető terapeuta indítását a hallgatás követi. A csendben kifejezésre jutó tanácstalanság, bizonytalanság egyre mélyül, és ezzel párhuzamosan egyre nő a csoporttagokban a feszültség érzése is. Ideges rágyújtások, kipirulás, székek tologatása, — mintegy „helykeresés” —, köhögés, veritékezés, kéz- és lábrazás figyelhető meg. E jelenség feldolgozása kapcsán gyakran beszámolni a csoport tagjai arról, hogy betegségük tüneteit is érzik: vegetatív reakciókat, szívdobogást, szívzúrást, fejfájást. Itt lehetősége nyílik a terapeutának arra, hogy ezen élmények kapcsán rámutasson, hogy az emocionális feszültségek hogyan vezetnek szomatikus jellegű panaszok megjelenéséhez.

A hallgatás megindoklásában a betegek mindennapi életük számos nehézségét ismerik fel: a kezdeményező készség hiányát, a megszólalás felelősségének nem vállalását, kisebbségi és egyéb inszufficiencia érzéseket: hátha kinevetnek, butaságokat fogok mondani, mit fognak szólni ahhoz, amit mondok stb. Megfogalmazódik az e jelenség háttérében álló indulati, emocionális szinten jelentkező viszonyulás is; a vezető adjon valamilyen támpontot, témát, kezdjen el valamit, tüzzön ki napirendet. E viszonyulást a csoportvezető tekintélye hívja elő: ő az, aki vezet, irányít, támpontot ad. A csoport tagjai függőségigényüket a vezetőre vetítik ki, tőle várnak megoldást. A dependencia jelenségével állunk szemben. Ez annak ellenére is előtér a csoportban, hogy induláskor, a terápia előkészítő fázisában hangsúlyozzuk a betegeknek azt, hogy a csoportban minden résztvevő, beleértve a vezetőt is azonos funkcióban van jelen. Együttes munkával, egymást kölcsönösen segítve, támogatva kell a problémákat megoldani. Ez azonban a betegek számára csak racionális síkon elfogadott közlés. Magatartásukban, emócióik szintjén azonban reprodukálják személyiségfejlődésük során kialakult konfliktusukat, a tekintélyről, szülőről való leválásuk ellentmondásait. az e jelenség háttérében álló indulati, emocionális szinten jelentkező viszonyulás is: Az a tekintélyviszony, amit a csoport reprodukált — és ennek analógja a mindennapi életben a munkahelyi vezető, a parancsnok, a tanár, az orvos, de lehet a férj is vagy a feleség —, előhívója volt annak a tekintélyhez való kötődési modellnek, mely alapvetően a gyermeki magatartásra a jellemző; hogy a tekintélyszemély a mindentudó, a mindent tudó, a segítő, az útmutató, aki, ha bajban vagyunk, nehézségeink

vannak az életben, majd megoldja ezeket a problémákat. E betegek a segélykérés kifejezésével — ez lehet szóbeli megfogalmazás is, de ezzel teljesen egyenrangú ennek szimbolikus, nem tudatosuló közlése is: hallgatás, kéztördelés, betegség-tünetek —, átadják a cselekvés jogát a tekintélyszemélynek. A leginkább depedens betegek e csoport ezen fázisában mintegy látens vezetőként is funkcionálhatnak: hangsúlyozzák a vezető szakmai érdemeit, nagy tapasztalatát, magának a csoportterápiának a jelentőségét. Kifejezik melegekedtségüket, hogy végre — hosszú Kálváriát járás után itt majd megoldást találnak. Tekintélyüket a csoportban úgy érik el, hogy kifejezésre juttatják a depedens személyek meg nem fogalmazott, önmaguk számára is még rejtett emocionális szükségleteiket, és ezzel mintegy azonosulást hívnak elő betegársaikból, egyetértést váltanak ki.

A csoportvezető azonban nem fogadja el e felkínált szerepet: nem veszi át a mindenható, mindentudó, tanácsokat, konfliktusokat megoldó személy szerepét, nem elégti ki ezen elvárásokat. Ezzel fokozza a csoportban a feszültséget, a még rejtett emocionális szükségletek kielégíthetetlen maradnak. E frusztrációra a csoport a mindennapi életben, betegségében fixálódott, regressziós, érvédő mechanizmusaival reagál: hangsúlyozódnak a betegség-tünetek. Volt betegünk, aki az ülések kapcsán többször engedélyt kért arra, hogy kimenjen gyógyszer bevenni. Az agresszív megnyilvánulások gyakorisága is nő: a csoporttagok egymást bírálják, kritizálják, minden apróságba, megfogalmazási pontatlanságba belekötnék.

A feszültség odáig is elviheti a csoportot, hogy egy-egy tagja bűnbakká válik: a csoport minden megnyilvánulását elutasítja, megkérdőjelezi. Panaszaiért, tüneteierit kizárólagosan őt teszi felelőssé, tehetetlenséggel, gyávasággal stb vádolja, mivel az adott személy nem merte megmondani főnökének a saját igazát, vagy nem képes „megnevelni” az italozó, ki-ki maradó férjet stb. Ugyancsak az indulatok eltolási módja az, hogy a beszélgetés fonlát kiviszik a csoportból, szidni kezdik a hadsereget, főnököt, az oktatási intézményeket vagy tanácsot, amiért nem szorgalmazza a lakás-építést. Elvont teoretizálással is fajulhat a csoportos beszélgetés (ezt a feszültségfeldolgozó módot racionalizálásnak nevezzük): például megvitatatók a gyermeknevelés problémái, minden személyes mozzanat, élmény, tapasztalat megjelenítése nélkül. E magatartások visszajelentése, a problémák megoldása szempontjából inadekvát jellegének bemutatása e fázisban a csoportvezetők feladata. Annak bemutatása, tudatosítása, hogy a beszélgetés fonlát kiviszik a csoportból, szidni kezdik a hadsereget, feszültségek megoldásában hogyan jutott tévútra a csoport, hogyan kerültek elő olyan magatartásablonok, amelyek végül is nem vezetnek konstruktív megoldásokhoz.

E konfrontációk, értelmezések kapcsán a vezetők azonban továbbra sem adnak megoldási módokat. A csoport tagjai saját élményük, saját magatartásuk alapján élnek meg korábbi, tudatossa nem vált magatartásmintáik inszufficiens jellegét, kudarcikat. A csoportban azonban továbbra is ott lebeg a kérdés: hogyan tovább? Ha ez nem jó, akkor mit tegyünk? Ez a feszültség most már a vezetői munkával szembeni lázadásban fog kifejeződni. Van-e értelme a terápiának, vezet-e ez valahova, jó-e ez egyáltalán. A korábbi fázisban, amit a dependencia szakaszának nevezünk, mindenható tekintélyként fogadta el a csoport e vezetőket, most viszont éppen ellenkezője történik: lázad a vezetők ellen. Itt is a mindennapi élet konfliktusfeldolgozó stratégiai jutnak érvényre: a korábban maximálisan tisztelt és imádott vezető, parancsnok, tanár vagy akár abszolút hibátlan férj vagy feleség piedesztálra emelt képe a porba hullik. A kiábrándultság, kudarc képe, hangulata uralja a csoportot. Elégedetlenség, tehetetlenség cseng ki a hozzászólásokból, beszélgetésből.

E magatartás visszajelentésekor, ezen indulatok eredetének világossá tételére fogalmazza meg a vezető a csoportterápia alaphelyzetét: a bizonytalanságot, a vezetői munka sajátosságait és a csoporttagok magatartásának dinamikáját, ennek alapkonfliktusát, a tekintélyhez való tisztázatlan, ellentmondásos viszonyt: az abszolút elfogadást, majd a kamaszos lázadást. Ennek ellentmondásait, feszültségeit, zsákutcáit, kudarcit a csoport saját magatartásában megélte. Itt és most a csoportban is, de ugyanígy az élet mindennapi élet alaphelyzeteiben is, munkahelyén is, családjában is. Megoldásként újra fogalmazza az együttműködés, a kreatív együttműködés elvét. A csoporttagok számára most

már ez nem pusztán gondolati konstruktum. Felismerik, hogy az együttműködés nem egyszerűen egymás mellett dolgozás előre kijelölt szerepek alapján. E fázisban az én közösségben való feloldódásának folyamatát figyelhetjük meg. A csoport tagjai észre veszik egymás megjelenésén, mimikáján, a megszólalásban azokat a rejtett üzeneteket, hogy valaki bajban van, hangulata nyomott vagy éppen vidámnak, kiegyensúlyozottnak látszik. Nyilván sikerült neki valami. A beszélgetés mindig az adott helyzetből indul ki, az itt és most felvetődő érzések megfogalmazásával, személyes, énközeli reakciók értelmezésével. A mindennapi élet stereotíp viszonyulásmódjai, begyakorolt, sablonos magatartása helyett a „magánember” arca mutatkozik a csoportban, családi konfliktusaival, kapcsolatteremtési nehézségekkel, kisebbrendűségi érzésekkel, szorongásokkal stb. A hozzászólások, asszociációk sorozatát az itt és most helyzet emocionális rezdülései szabják meg.

Katonatiszt betegünk előadja, hogy harminc éves katonai pályafutása kapcsán megtanulta a rendet: igazolvány a bal zsebben, fésű a jobb oldalon. Magatartása is ugyanezt a jól szabályozottságot tükrözi: rövid, tömör mondatokban beszél. Élesen, vagy csak feketén, vagy csak fehéren minősíti környezetét. Nőbetegünk, aki többszöri öngyilkossági kísérletek után került a csoportba, a katonatiszt megnyilatkozása után érzéseit megfogalmazva arra a következtetésre jut, hogy az ő édesapja is ugyanilyen kemény, szigorú katona. Felismeri, hogy milyen ellenszenvet vált ki benne ez a hideg, racionális magatartás. Ilyen helyzetekben ő tehetetlen, „összehúzza magát és elmegy”. E nőbeteg panaszai között is szerepelnek ájulások rosszulletek. Egy alkalommal a csoportban is összeesett.

Az együttműködés biztos jele, ha a betegek egy-egy megnyilatkozás kapcsán észreveszik a kommunikáció azon apró zavar jeleit is, amelyek a mondandó racionális tartalma és annak érzelmi háttere közötti ellentmondást, feszültséget jelzik. Felismerik például, hogy az egyik beteg bemutatkozása kapcsán apró részletességgel, majd egy óra hosszat ecsetelte azt, hogy milyen pontosan, tökéletesen végezte éjt nappallá téve munkáját, túlhangsúlyozva szorgalmát, odaadását, önfeláldozását, s ezen hosszú monológja kapcsán egyszer sem említi családját, feleségét, gyermekeit. Egy közbekérdezésre — mit szól ehhez a felesége — néhány bizonytalan mondatkezdés után — hát „nem tudom” — közhelyvirágokból köt csokrot: milyen megértőnek kell lenni a katona feleségnek. A beteg ugyan a terápia során elzárkózott attól, hogy feleségével kapcsolatban továbblépjen e nyilvánvaló látszatigazságokon. A csoportban azonban megfogalmazódott, hogy a panaszok eredete nyilvánvalóan nem a munkahely, a hosszú időn keresztül végzett túlmunka.

Az önmagunkra és másokra való adekvát odafigyelés jut érvényre annak megfogalmazása kapcsán is, amikor egy-egy új beteg belépésekor a csoport felismeri és feldolgozza a belépés nehézségeit, a neurotikus beteg kapcsolatteremtésbeli zavarait. A követelményeknek való maximális megfelelés nem tudatos, rejtett szükséglete az, amikor a beteg túlmagyarázza helyzetét. Nem veszi észre azt, hogy hogyan kívánnak mások is egy-egy udvarias közbeszólással szót kérni. Nem reagál azokra a gesztusokra, mimikára sem, amivel kifejezésre juttatják a csoport tagjai, hogy oda nem illő, felesleges, a csoportot nem érdeklő részletességgel elemez egy epizódot. E túlzott, de tudatossá egyáltalán nem váló központba kerülési vágy ellenkezője a félelem, bizonytalanság, amellyel a szereplés, központba kerülés elől menekül egy-egy beteg. Aktivizálása, a beszélgetésbe való bevonása éppúgy tapintatot, a másik ember magatartásának irányításában megszerzett készséget, jártasságot követel, mint az előzőekben említett beteg-típus „lelővése”, leállítására úgy, hogy az senkiben se keltsen negatív érzéseket.

Az egymáshoz kapcsolódás e szintjén a csoport olyan asszociációk terét is adhatja, amelyben a betegek egy-egy látszólag felnőtt korban manifesztálódó tünetcsoport háttérében felismerik a gyermekkori, koragyermekkori élmények késői hatását.

Katonatiszt betegünk munkahelyi nehézségeiről panaszkodott. Arról, hogy túlságosan bízik az emberekben, s ezért sokszor pórul jár. Nem tud kemény lenni, egy-egy paranccsal lezárni a vitás dolgokat, hosszú ideig tépelődik gondjain. Szereti ugyan hivatását, de a kemény, ellentmondást nem tűró katonatiszt magatartásával nem tud egyetérteni, nem tudja önmaga számára elfogadni. A pályaválasztási motivációk elemzése közben az egyik betegárs váratlanul feltett egy kérdést: milyen volt édesapja? A beteg erre elmondta, hogy nagyon kemény, fegyelmezett, ellentmondást nem tűró ember volt, akitől még tisztiiskolás korában is kapott egy pofont, mivel édesanyjának tiszteletlenül visszaszólt.

Kritikus fázis a csoportból való eltávozás szakasza. A megértő, elfogadó, segítő légkörű közösségből való kiválás komoly előkészítő munkát követel. A betegek először gondolatban „játsszák le” a csoportból való kilépést. A terápia eredményeit, következményeit latolgatják. Olyan eseményekről számolnak be, amikor otthon vagy a munkahelyen egy-egy konfliktus megoldásában „talpon” maradtak, vagy éppen megváltozott magatartásukról pozitív visszajelentést kaptak. E jelzések után a terapeuta a terápia alapeleiből következően, kerülve a direkt utasítások, tanácsok megfogalmazást — megerősítik a beteget elhatározásában, aki végül is egyéni döntéssel oldja meg a leválást, a csoportból való kimaradást.

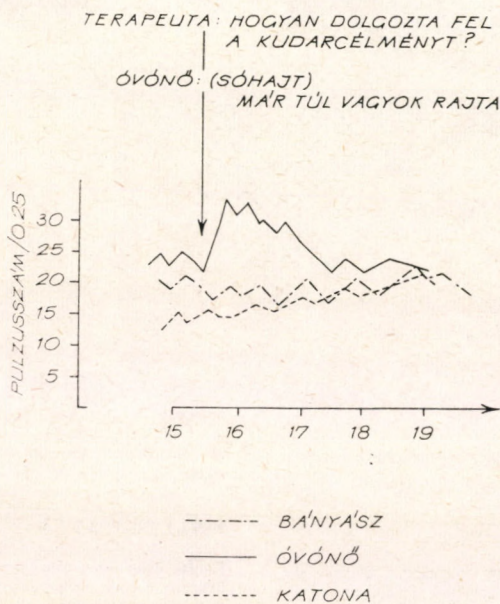
Mik a támpontjaink e döntés elfogadása kapcsán abban, hogy „gyógyultnak” tekintjük betegünket? Hiteles, mindenki számára egyformán objektív mércénk természetesen nincs. Vezérelvünk az, hogy gyógyultnak fogadjuk el a neurotikus személyt, ha ő nem tekinti magát a hagyományos értelemben betegnek, akinek az életében a talponmaradáshoz, folyamatosan, mintegy mankóra, orvosi ellátásra van szüksége. Saját képességei, önnön mércéje és a vele szemben támasztott követelményekkel összhangban vállalja és ellátja a rá háruló feladatokat, kötelezettségeket családjában is és munkahelyén is.

Személyiségében, reakcióiban pedig a pusztán önmagára beszűkült percepciója helyett felismerjük azt, hogy önmagát és környezetét, saját magatartását és családtagjai valamint munkatársai viselkedését szinkronban, összhangban látja. A világ, ami érzései, gondolatai forrását, nyersanyagát adja, az nem pusztán önnön maga, szerveinek működése, félelmei, szorongásai, hanem önmaga és az őt körülvevő világ egysége, az e világgal való kapcsolatai. Annak felismerése, hogy kölcsönhatásban áll a családja, barátai és munkatársai alkotta mikrokozmoszal. Hat másokra, miközben őrre is hatnak, feladatokat teljesít, és önmaga is feladatokat szab ki mások számára, azaz: alkalmazkodik másokhoz, és felismeri, hogy mások is alkalmazkodnak hozzá.

Nagyobb érzékenységgel és hozzáértéssel képes arra, hogy alakítsa, formálja önmagát, azáltal, hogy nemcsak a saját, hanem mások helyzetét is átgondolja. Képes arra, hogy önmagát különböző helyzetekbe beleképzelje, alternatívákat fogalmazzon meg. Aдекватan felismerje a vele kapcsolatba kerülő emberek közléseiben kifejezésre jutó „rejtett” üzeneteket, mint például érzelmi viszonyulást, megelőlegezett, vagy elvárt választ, kívánságot, a kommunikáció ún. *promotív*, ösztönző, segítő mozzanatait. Felismeri önmaga és mások megnyilatkozásáiban az érzelmi és kognitív szféra ellentmondásait — azaz saját és mások magatartása inkongruens mozzanatait. Továbbá felismeri az egyes lelki folyamatok összefüggéseit, az ok-okozati viszonyokat élmények és indulatok között.

Képes arra, hogy saját és mások lelki megnyilvánulásait folyamatukban, dinamikájában lássa. Ráérezzen olyan előzményekre egy-egy reakció kapcsán, amelyek mindeddig önmege számára is rejtettek voltak, és ezek tudatossá tételével újraszervezze, alakítsa magatartását. Röviden, a gyógyulás fokának megítélésében az vezető a terapeutát, hogy mennyiben nőtt a beteg önismerete és ennek alapján mennyiben képes saját magatartását szabályozni.

E tanulási folyamat alakításában a terapeuták legfontosabb eszköze az az érzékenység, empátia, amely bennük gyakorlatuk és a terápiák szupervíziója kapcsán adott visszajelentések nyomán kialakult. Számos reakció, jelenség azonban rejtett marad a vezetők számára. Az emocionális reakciók folyamatos kontrolljára éppen ezért megkíséreltük az emocionális állapotváltozás egy mutatójának, a szívfrekvenciának folyamatos rögzítését a terápia kapcsán.



Az ábrán egy ülés alatt három betegnél folyamatosan elvezetett szívfrekvencia alakulását mutatjuk be negyed perces rögzítések adatai alapján. Egy nőbetegünk például arról beszél, hogy egy korábbi kapcsolata kudarcát már feldolgozta. Szíve viszont „megugrott”. Az emocionális állapotváltozás e vegetatív mutatójának visszajelentésével — a vizsgálatoknak még ugyan nagyon a kezdetén állunk — feltételezésünk szerint fokozni tudjuk majd a hatékonyságot. Tervezzük további vegetatív mutatók, mint például galvanikus bőrreflex visszajelentését is, és azt is, hogy a mimikáról, gesztusokról képmagnós visszajelentést is adjunk. A pszichoterápia ezen instrumentális — eszközökkel kibővített — formái, úgy tűnik intenzívebbé tehetik a terápia lényegét adó reedukációs, reszocializációs folyamatot.

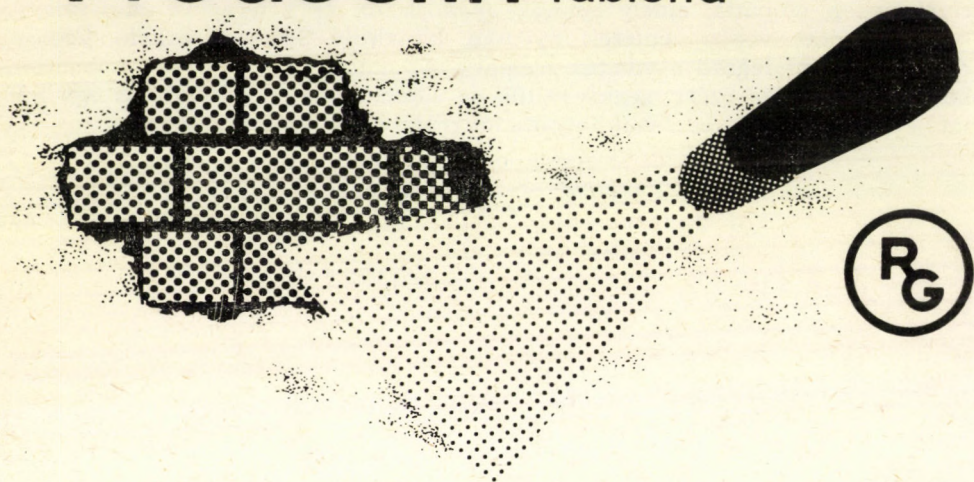
Кочан Д.:

СОЦИОТЕРАПИЯ НЕВРОТИКОВ

Dr. György Kóczán:

SOZIOThERAPIE DER NEUROTIKER.

Prodictin[®] tabletta



ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 250 mg pyridinolcarbamatot tartalmaz.

JAVALLATOK

Arteriosclerosis, illetve mindazon obliteratív verőérbetegségekben, amelyek az érlumen szűkülésével, elzáródásával vagy érfalkárosodással járhatnak együtt.

Cerebrovascularis keringészavarok.
Obliteratív szemészeti angiopathiák.
A Prodictin-kezelés eredményesen alkalmazható obliteratív coronaria-megbetegedésekben is, illetve infarctus utáni kezelésre.

ELLENJAVALLAT

Nem ismeretes.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

Kúraszerű. A kezdő adag naponta 3×1 tabletta, majd a kezelés napi 3×2 tablettával folytatható

a tüneti kép javulásáig. A fenntartó adag napi 3×1 tabletta. A Prodictin-kezelés több hónapon át folytatható, kombinációs kezelésre is alkalmazható.

MELLÉKHATÁS

Kivételesen gastrointestinalis panaszokat, palpitiót, tachycardiát okozhat. E tünetek az adag csökkentésével megszűnnek.

A Prodictin esetlegesen előforduló kóros metabolizmusa következtében — igen ritkán — hepatotoxicus metabolitok képződhetnek, amelyek heveny májkárosodást okoznak.

FIGYELMEZTETÉS

Kúraszerű alkalmazása esetén 4—6 hetenként javasolt a beteg hepatológiai vizsgálata, amely a fizikális ellenőrzés mellett kiterjed a s.-bilirubin, SGOT, SGPT értékek ellenőrzésére is.

**KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST**