

Buda Béla

A mentálhigiéné
szemléleti és
gyakorlati kérdései

(Újabb tanulmányok)

© Buda Béla dr. 2002

ISBN 963 052 41 2

Tartalom

ELŐSZÓ	6
<hr/>	
I. MENTÁLHIGIÉNÉRŐL – ÁLTALÁNOSÁGBAN	
<hr/>	
1. A mentálhigiéné és fejlesztésének lehetőségei hazánkban (dr. Veér Andrással közösen)	9
2. A mentálhigiéné fejlesztésének lehetőségei, különös tekintettel a szociálpolitika hálózatára	17
3. A lelki egészségvédelem (mentálhigiéné) problémája	25
4. Mentálhigiéné – prevenció – ellátás	34
5. Az elsődleges megelőzés lehetőségei és módszerei a korai gyermekkorban (a lelki egészség szempontjából)	40
6. A magyar mortalitási és morbiditási helyzet néhány szociál- pszichológiai tényezője	46
7. A személyiségfejlődés és a személyiségfejlesztést szolgáló csoportmódszerek (Nemzetközi szakirodalmi helyzetkép)	53
8. Gondolatok a rádió társadalmi mentálhigiéné funkcióiról – az ezredforduló perspektívájából	77
<hr/>	
II. SZEMLÉLETI ALAPOK	
<hr/>	
A) <i>EMBERKÉP, ANTROPOLÓGIA</i>	
9. Az autonóm ember problémája a pszichológiában	86
10. A rendszerintervenciók terápiai emberképe	93
11. A szétfoszló titok. Egy különös társaslélektani jelenség nyomában	100
12. A természeti, a természetfeletti, és ami a szomszéd ismerésének használt... Gondolatok a hiszékenység anatómiájáról	112
13. A magány dilemmája	123
14. Visszatekintés a múltba. Néhány gondolat az Én is jártam Isonzónál... c. filmhez	130
15. Néhány pszichológiai gondolat az örömről	135
16. Túl édes élet	139
17. Biztosítás és pszichológia	144

Tartalom

B) KULTÚRA

18. Pszichopatológia, kultúra és a szakrális dimenzió	148
19. Pszichoterápia és kultúra	151
20. Etnopszichoterápia	165

C) SZOCIÁLPSZICHOLÓGIA, SZERVEZETPSZICHOLÓGIA

21. Pszichoterápia és szociálpszichológia	169
22. A módszerek problémája a szociál és szervezetpszichológiában	181

III. A PSZICHOTERÁPIA ÉS A MENTÁLHIGIÉNÉ

A) NÉHÁNY SZEMLÉLETI KÉRDÉS

23. Rogers és a személyközpontú irányzat a mai pszichoterápiában	195
24. Végleg el kell búcsúzni a „nondirektív” jelzőtől!	202
25. Életközeli pszichiátria	204
26. A pszichoterápiás képzés reformjavaslata	207
27. A képzés problémája a szociálpszichiátriában	213
28. A pszichiátriai képzés modelljei	220

B) KRÍZISINTERVENCIÓ

29. A lelki telefonszolgálatok lehetőségei a mai társadalomban	225
30. Krízisek megoldása az életfolyamatban	229
31. Krízisintervenció az elmeegészségügyben	234
32. A krízisintervenció elmélete és gyakorlata a mentálhigiénében	239

C) HÁZASSÁG, CSALÁD, CSALÁDTERÁPIA

33. A házasság dilemmái a mai társadalomban	244
34. A családterápia kibontakozása	250
35. Nemzetközi Családterápiás Kongresszus	256
36. Megosztottságok, konfliktusok, megoldások. Az első családterápiás világekongresszus	260
37. Veszélyeztetett családok (Families at Risk)	264
38. Családrekonstrukció. WF Nerin: Family Reconstruction	270

D) SZORONGÁS ÉS TÜNETEI

39. A szívneurózis. DO Nutzinger et al.: Herzphobie	275
40. A szexuális fóbiák. HS Kaplan: Sexualaversion, sexuelle Phobien und Paniksyndrom	278
41. A pánikrohamok fenomenológiája: pánikbetegek beszámolóinak leíró vizsgálata	280
42. A szorongás problémái	282
43. A szorongás és a szív	284

Tartalom

IV. ÖNSEGÍTÉS

44. Csoportos önségítés	288
45. Önségítő csoportok és kölcsönös támogatás az egészségügyben	291
46. Önségítés és kölcsönös támogatás csoportokban az egészségügy területén	295
47. Az önségítő csoportok támogatása mint hivatás?	300
48. Önségítő csoportok támogatása Európában	305
49. Az önségítés és a szakemberek	310

V. ALKOHOL ÉS DROGOK

50. Orvosi és szociális krízisintervenció az akut ellátásban	314
51. Alkoholizmus és drogabúzus	320
52. WHO/EURO kollaboratív vizsgálat az alkohollal összefüggő problémákra adott közösségi reakciókról	326
53. Kelet- és nyugat-európai drogszakemberek első találkozója	331
54. Európai Alkoholellenes Akcióprogram	335
55. 36. Nemzetközi ICAA Kongresszus az alkoholról és a drogfüggőségről	340
56. Két látogatás Brüsszelben	345
57. Groningen és környéke alkohol- és drogellátása	351

VI. FOGLALKOZÁSOK, PROBLÉMATERÜLETEK, KISEBBSÉGEK

<i>A) A VEZETÉS LEHETŐSÉGEI ÉS GONDJAI</i>	
58. Az emberi erőforrások mozgósításának pszichológiai kérdései	356
59. A kommunikáció és az emberi kapcsolatok kérdései	365
60. Életmód, pihenés, kreativitás a vezetői és kutatói munkakörben	373
<i>B) HIVATÁSOK</i>	
61. Az újságírók lelki egészsége	382
62. Az orvos lelki egészsége. Alkoholfogyasztás az orvosegyetemi évek alatt	391
<i>C) KISEBBSÉGEK</i>	
63. Szerelem árnyékban... Prostitúció és homoszexualitás	401
<i>D) SPORT ÉS AZ EMBERI PROBLÉMÁK</i>	
64. A verseny – a sport lényege?	409
65. A test nevelése	412
66. Edzősorsok és szervezeti problémák a sportban	416
67. A sportlélektan lehetőségei	422
68. Babona a sportban	426
69. A szorongás klinikai pszichológiai és sportlélektani kérdései	428
IRODALOM	442

Előszó

Az utóbbi években a mentálhigiéné kérdése több oldalról és több szempontból is előtérbe került hazánkban.

Egyrészt pszichiáterek és klinikai pszichológusok úgy gondolkodnak róla, mint a korszerű elmegészségügy jelképéről, amely lehetővé teszi a korai felismerést és kezelésbe vételt, a megelőzést, ahol ennek tere van, és mozgósítja a társadalmat a beteg, a bajba jutott ember érdekében. Krízisintervenció, önségítés, kockázati csoportok megközelítése, védelme, közösségi ellátás jelenti itt a célokat. A pszichoterápia szemlélete és módszertana az irányadó, ám sajátos vetületben. Országszerte tucatnyi posztgraduális képzés indult meg a mentálhigiéné munkára való felkészítésre, pszichiátereknek, pszichológusoknak éppúgy, mint más, egyetemet végzett és laikus segítőknek.

Másrészt a megelőzés fontossága tűnt elő, a sokféle hazai egészségkárosodás, a rossz mortalitási helyzet megoldásaként, és ebben a lakosság mozgósítása, a tömegtájékoztatás befolyásolása vált céllá. Itt is megindult egy országos program, amely a sok helyi kezdeményezést hivatott összefogni.

Ugyanakkor a mentálhigiéné sok problémát vet fel. Nem könnyű eligazodni benne. Vitatható a módszeresség, a szükséges elméleti háttér, a metodika, az eredményesség. Sokféle támadáspont van a megelőzés, a lelki egészségmegőrzés érdekében, ezeknek fontossági sorrendje szinte megállapíthatatlan. Nyilvánvaló, hogy minél több vonatkozásban kezdődnek akciók, annál nagyobb a siker valószínűsége.

Szakemberek és társadalmi aktivisták egyaránt igényelnek tájékoztatást, ismereteket e téren. Ezt több jel mutatja. A szerző számára biztató volt Mentálhigiéné – Tanulmánygyűjtemény című válogatásának (1994, Animula, Budapest) kedvező fogadtatása. Ez szakembereknek szólt, és ugyancsak a mentálhigiéné felértékelődésének kivívására próbált válaszolni. Most látszik, hogy szükség van még lazább, színesebb, esszyszerű olvasmányokra is, amelyek szemléletileg orientálnak, vagy egy-egy gyakorlati területre adnak betekintést. Az elmúlt néhány évben sok ilyen apró írásom született, ezek különböző helyeken láttak napvilágot, előszavak, könyvfejezetek, folyóiratcikkek, recenziók vagy referátumok voltak, sok közülük továbbképző tanfolyamokra készült, és csak a tanfolyamok hallgatói számára sokszorosították. Most

együtt ismét kiadnak valamiféle egészet, amelyet szerintem az olvasók értékelni fognak.

Természetesen a kb. hetven különféle írás nem dolgozza fel szisztematikusan a mentálhigiéné kérdéskörét, nem is próbál lefedni, érinteni minden fontos kérdést. Ma még ez nem is lehet. Ma még nem annyira rendezett, konszenzuálisan elfogadott területről van szó, ma inkább szemlélet, szándék, törekvés, módszertan, gondolkodásmód, holisztikus, integratív emberkép, szociokulturális tényezők figyelembevétele jellemzi a területet. Ez mind tükröződik a tanulmányokban, aránylag egységes gondolkodásmód keretében, jóformán belső ellentmondás nélkül, ugyanakkor sokféle belső összefüggéssel, utalással, ami érthetővé teszi azt, amit lineárisan, induktíve, szerkezeti logikával leírni ma még nem lehet. A megértés, reméljük, átvihető a gyakorlatba is.

A válogatás segít a tárgykör más, nálunk elérhető szakmunkáinak megértésében is, és fő értéke, hogy ehhez megadja a nemzetközi ismeretháttérrel főleg az európai áramlatokét, mozgalmakét. Hiány csak ott van a gyakorlati terepek közül, ahol Magyarországon még nem kezdődött el lényegi munka fejlődés, de sok szempontból található olyan írás a könyvben, amely egészen új alkalmazási területekre utal.

Több magyarázatot a válogatás nem érdemel, a fejezetek sokféle kontextust idéznek fel, sok aktuális kérdésre vonatkoztathatók, sok gondolat vitatkozik, kételkedik, de a legtöbb tájékoztatni, segíteni igyekszik.

Buda Béla dr.

I.
A MENTÁLHIGIÉNÉRŐL
ÁLTALÁNOSSÁGBAN

1. A mentálhigiéné és fejlesztésének lehetőségei hazánkban

A mentálhigiéné fogalmának értelmezésével kapcsolatosan nem egységesek az álláspontok. Voltaképpen nincs egységes meghatározás, a mentálhigiéné pontos leírása a szakirodalomban hiányzik, és elősegítésének, fejlesztésének formáiról sincs standard elképzelés. Valamiféle kép azonban az irodalomból rekonstruálható. Ennek nyomán látható, hogy a mentálhigiéné nem csupán a pszichés megbetegedések és magatartászavarok megelőzése, hanem a lelki egészségvédelem is, mégpedig pozitív értelemben, mindazoknak a folyamatoknak és intézkedéseknek, tevékenységeknek összessége, amelyek az emberi személyiséget és a közösségi kapcsolatot erősebbé, fejlettebbé, magasabb szervezetségűvé teszik. A mentálhigiéné fogalmával kifejezhető egy-egy ország, régió, társadalmi réteg vagy közösség lelki egészségének állapota, de az az intézményrendszer és programrendszer is, amely ennek javítására hivatott. Egész tág értelemben a mentálhigiéné területére sorolható a pszichés betegségek kezelésének hatékonysága (a korai kezelésbevitel, illetve a másodlagos és a harmadlagos prevenció is), de a rehabilitáció hatékonysága is, továbbá a lelki funkciók szempontjából fogyatékosok, károsodottak, teljesítmény, illetve adaptációképtelenek rehabilitációja, ellátása is. Így a mentálhigiéné értelmezése akár a szociálpolitikai és a szociális gondoskodás területére is terjedhet.

A mentálhigiéné területe kénytelen magába foglalni az említett vetületeket, nem szűkülhet be, mert a vetületek nagyon szorosan összefüggnek egymással, és bármelyiket is próbálnánk elhagyni vagy máshová sorolni, a mentálhigiéné egyik meghatározása sem lenne megfelelően koncepcióalható, még kevésbé megfelelő társadalmi programokká fordítható.

A szorosabban vett pszichiátriai prevenció, pszichoprofilaxis, rehabilitáció és gondoskodás mellett ugyanis például a magyar társadalomban a mentálhigiénének nemcsak a jellegzetes, magyar önpusztító, öndesztuktív megnyilvánulások – mint például öngyilkosság, alkoholizmus, rezignáció és izolációs hajlam – megelőzésére kellene erőfeszítéseket tennie, hanem az ismertén aggasztó mortalitási viszonyok megváltoztatására, a fertilitási helyzet befolyásolására, sőt, továbbmenve, a társadalom értékorientációjának, interperszoná-

lis kultúrájának fejlesztésére is, tehát például az altruizmus, a tolerancia, a kölcsönös tisztelet és megbecsülés, és más proszociális értékek propagálására, a kizárólagos fogyasztói mentalitás, a felesleges versengés, az anyagi teljesítménykényszer, a túlzott ingerkeresés és egoizmus stb. negatív értékeinek gyengítésére.

A mentálhigiéné ilyen módon szociológiai értelemben sokféle jelenséget ölel fel. Gyógyító és megelőző intézmények működését és ennek színvonalát, hatékonyságát, lakossági folyamatok sokféle változatát, továbbá ismeretek, készségek szintjét, a lakosság pszichológiai kulturáltságának mértékét. Ez is mutatja a fogalom komplexitását, hiszen viselkedésbefolyásoló és szolgáltató organizációk itt éppúgy jelentős tényezők, mint öntevékeny szerveződések és megnyilvánulások, illetve a kultúra fogalmkörébe tartozó szabályszerűségek sora. A mentálhigiéné koncepciójának lényegéhez tartozik e jelenségek közötti összefüggések rendszere, különös tekintettel a ténylegesen eleven szervezeti és szociokulturális folyamatokra, melyek e jelenségeket formálják, hiszen csak ezek empirikus állapotmeghatározása alapján lehet kijelentéseket tenni a mentálhigiéné helyzetéről és prognosztizálni ennek változásait.

A mentálhigiéné helyzet a gyakorlatban a mentálhigiéné szervezetek és intézmények hálózatának fejlettsége és munkájának aktivitása és eredményei alapján ítélni lehet meg. Ezek az intézmények és szervezetek a következő főbb feladatokra irányulhatnak:

- Az emberi személyiség fejlődésének elősegítése – a zavarok kiküszöbölése, az ártalmak elhárítása, a feltételek (pl. a családi rendszer) javítása, optimális nevelési és oktatási programok stb. révén.
- A személyiség rendszerállapotát, öntörvényű kibontakozását segítő különleges programok.
- Az emberi kapcsolatok kulturáltságának fokozása.
- Kiscsoportok, munkaszervezetek és közösségi kapcsolathálózatok kommunikációs és interakciós viszonyainak fokozott humanizálása.
- A személyiség társadalmi participációjának korszerű politikai és társaslélektani kulturáltsága és motiváltsága.
- A segítség, tolerancia, pluralizmus gyakorlatának kialakítása a deviánsokkal, a fogyatékosokkal, a stigmatizáltakkal és általában a hátrányos helyzetben lévőkkel szemben.

Az intézményes feladatok a lelki segítség, közelebbről a pszicho- és szocioterápia módszereinek terjesztésén, gyakorlatán át valósulhatnak meg olyan pszichológiai folyamatokban, mint az empátia, a hitelesség, az egyenrangú kommunikáció és viszonyulása, a szolgáló és segítő mentalitás, a másik em-

ber felé irányuló figyelem és nonposszesszív szeretet, a közös élmények kultusza stb.

A mentálhigiéné tehát komplex rendszer működése és állapota, mely rendszerben politika, vallás, közösség, csoport, család, házasság és rokonsági relációk, nevelés, kulturális intézmények éppúgy részt vesznek, mint az egészségügy, a tanácsadások és a segítő szolgáltatások szervezetei. Azokban az országokban, amelyeket a mentálhigiéné szempontjából kedvező helyzetűnek ítélünk, vagy amelyekben a mentálhigiéné tevékenységet jónak és ígéretesnek tartjuk, a szervezetek, intézmények és folyamatok színes szövevénye található meg. Elsősorban az észak-amerikai, észak- és nyugat-európai államok mondhatók ilyenek, esetleg Izrael. Néhány mentálhigiéné aktivitás szempontjából pozitívan értékelhető Lengyelország és az NDK is (bár összességükben ezekben az országokban is kedvezőtlen a helyzet).

Hazánk megítélése a mentálhigiéné minden kritériuma szerint igen kedvezőtlen. Az elmúlt évtizedek szétzúzták a lokális közösségeket és az öntevékeny szervezeteket, a lakosság szekularizálódott, az egyházi szervezetek meggyengültek, a lakosság körében anómiás folyamatok kerekedtek felül. Aggasztó jellegű az individuáció, ennek diszfunkciói a válások gyakoriságában és a családi zavarokban, a rokonsági rendszerek szétzilálódásában, az agresszív rivalizáció és kompetíció elterjedésében mutatkoznak. A társadalom konzumorientált és státuszjelképek által vezérelt, nagyfokú a társadalmi azonoságtudat dezintegráltsága és ellentmondásossága. Korszerű mentálhigiéné szervezetek, intézmények nem működnek. Különösen az önsegítő csoportok hiánya aggasztó. A gyógyító és segítő intézmények rendszere hiányos, fejletlen, elavult és elégtelen. Az elmúlt évtizedek nem engedték kibontakozni a szociálfilozófia, az axiológia, a kultúrfilozófia és a kulturális antropológia irányzatait, a kultúrpolitika tönkretette a művészi öneszmélés és önkifejezés kísérleteit is. Így hiányoznak a megfelelő paradigmák, modellek, szimbólumok és elméleti képek, amelyekben a társadalom önmagát értelmezni tudná és változást lenne képes programozni. Az eszmei fejlődést a jelenlegi szabadabb viszonyok mellett is korlátozza a válsághangulat és a társadalmi konfrontáció veszélye.

A liberalizálódás felszínre hoz kezdeményezéseket, de ezek vagy lassan alakulhatnak csak ki (pl. falvak vagy kisvárosok közösségi struktúrái), vagy pedig illuzórikusak. Így például – félő – illuzórikus a fokozott támaszkodás a vallásosságra. Az egyházak súlyosan kóros intézményi szerkezettel és kontra-szelektált, konzervativizmusban érdekelt vezetéssel bírnak, a természetes vallásosság pedig az anómiának esik áldozatul. Az önsegítő csoportok, érdek-

képviseltek feltételei kedvezőtlenek (pl. helyiség, kommunikációs eszköz, anyagi erőforrások, jogállás stb.). A gazdasági szabályozás dezorganizáltsága a segítő szolgáltatások lehetséges anyagi alapjait károsítja. Valószínűleg nálunk a kezdeményezésekben az organizációk és intézmények, a rendszerjellelű koordinációk szerepe nagyobb kell legyen egy esetleges fejlesztési erőfeszítéskor, mint más országokban, a grass roots jellegű fejlődés kevésbé várható (a metaforát továbbvive: e gyökerek súlyosan károsodtak). Ismertem tökéletlenül sikerültek – mintegy az elmondottakat illusztrálták – olyan próbálkozások, mint a nevelési tanácsadók, a gyermek és ifjúságvédelmi intézmények, az ideggondozók vagy a családsegítő szolgálatok.

A mentálhigiéné fejlődésében ezért elképzelhetetlen más út, mint az összetett, koordinált, sokirányú és sokszínű szervezés megindítása az ismert feladatkörökben. Egyes ilyen feladatköröket most csak megemlítünk, ezek részleteiben később kimunkálандók:

1. Politikai szféra – önszervező és érdekképviseleti csoportok, közösségi mozgalmak a segítés és a kölcsönös felelősség jegyében, idősek értelemteljes gondozása, bevonása a közösségi folyamatokba, illetve megfelelő, ingergazdag mikromilijének kialakítása, kisebbségek és fogyatékosok integrációja, a társadalmi konfliktuskezelés megfelelő mintái, emberi jogok és emberi méltóság biztosítása stb.

2. Tudomány és kultúra – a mentálhigiéné szempontjából lényeges társadalmi értékek, a konstruktív társadalomkritika és a szociálfilozófiai nézetek dialógusának fejlesztése, a mentálhigiéné programok a fő kommunikációs eszközökben (elsősorban a rádióban, amelynek ilyen jellegű lehetőségeire vonatkozóan értékes nyugateurópai – például osztrák – tapasztalatok vannak). Művészek, elsősorban írók bevonása a mentálhigiéné koncepciók kimunkálásába, és társadalmi vitájába.

3. Nevelés – mentálhigiéné, illetve korszerű társadalomlélektani és alkalmazott lélektani képzés és gyakorlatok elsősorban a pedagógiai főiskolákon, de a pedagógusképzés minden szintjén (a főiskolákon már elindultak ezek a folyamatok, fejlesztésük aránylag könnyen megszervezhető lenne!). Elsősorban a személyközi kommunikáció elvei és módszerei, valamint a humanisztikus pszichológia gondolatrendszere és módszerei lehetnének irányadók. Az óvodai és iskolai nevelés mentálhigiéné módszereinek elterjesztése, készséggyakorlásokon, korrekatív programokon át (kommunikációs tréning, relaxációs és imaginációs módszerek, önismereti csoportmunka stb. – értékes kezdeményezés a hazai térben a Zsolnai-féle kommunikációfejlesztési program, ennek fejlesztése és kiterjesztése kívánatos).

4. Családvédelem, családsegítés – szociálpolitikai és adminisztratív mód-szerekkel is, de elsősorban családi tanácsadás és családterápiás lehetőségek révén, illetve családsegítő hálózatok korszerűsítésével a nevelési tanácsadók fejlesztésével. Igen lényeges a családvédelem szempontjából a párválasztási és házassági tanácsadás, a szexuális tanácsadás és a szexuálterápiás ellátás fejlesztése, de olyan programok is, amelyek a házasságot és a családot nem zavarelhárítással, hanem belső rendszerfejlesztéssel segítik (házassági és családi szereptréning, marriage and family enrichment programs, házassági és családi kommunikációfejlesztés stb.). E problémakörbe tartozik a válásokkal kapcsolatos segítség, ez azonban külön pragmatikus kategóriát jelent, amelyről később szólunk. Igen lényegesek a családi nevelést erősítő szervezetek, szolgáltatások és programok.

5. — ebben a típusos életproblémák, társadalmi helyzetek, életmeneti krízisek és egyéni nehézségek konzultációs módjai értendők, amelyek problémamegoldó segítséget, krízisintervenciót, vokális terápiát nyújtanak, de fejlődési lehetőségeket is, például: feszültségszabályozó pszichológiai technikák tanításával, önismereti csoportokkal, érzékenyítési tréningekkel stb. Ilyen tanácsadásoknak csomópontjai a nevelési rendszerek és a családsegítési, családvédelmi rendszerek hálózataiban kellene megvalósulni. Az ilyen konzultációk – természetesen a fizetőképes keresletnek megfelelően – jellemben és egyes differenciális formákban a fizetett szolgáltatások területére is kiterjedhetnének. Különböző viselkedésterápiás (tanulási) programoknak szerves helye lenne a tanácsadási formákban. E téren a hazai helyzet különösen elmaradott. Csakis a laikusok számára megkezdett különféle képzési programok jelentenek itt ígéretet amelyek a segítség területén történő tevékenységekre készítik elő embereket (pl. Tomcsányi Teodóra munkája).

6. Egészségügy és orvoslás – korszerű alkalmazott lélektani ismeretek és készségfejlesztés az orvosok és az egészségügyi szakmák képzésében. A pszichiátriai ellátás fejlesztése a mentálhigiéné irányában (a járóbetegellátás fejlesztése a lakossággal szerves kapcsolatban álló regionális mentálhigiéné centrumok, pszichológiai – neurózislélektani, pszichoterápiás, családterápiás – munkát végző gondozó munkakörök), védőnők, körzeti nővérek, szociális munkások, közösség-szervezők, kommunikációfejlesztő, illetve koordináló munkakörök alkalmazása, illetve hálózata a területi pszichiátriai ellátásban, átmeneti intézmények és szervezetek a pszichiátriai betegek extramurális ellátásában (nappali és éjszakai szanatóriumok, védett munkahelyek, lakóközösségek, készségfejlesztő tanulási, reszocializációs és foglalkozási tréning-programok, a gyógyító foglalkoztatás gazdaságilag is értelemteljes szerveze-

tei és programjai, és az ezeknek megfelelő korai kezdetű korszerű rehabilitálás, korszerű tanító és foglalkoztató programok alapján történő idősgondozás, illetve krónikus betegellátás. Emellett a pszichoterápiás, családterápiás, szexuálterápiás és krízisellátó lehetőségek megfelelő kiterjesztése. A sui generis pszichiátriai programok és intézmények az OIEI hatókörében szervezhetők, de megfelelő programok kapcsolhatók az OKI (környezetés szociálhigiéné), az OMI (munkahelyi szervezetek formális szerep és kapcsolatrendszerek mentálhigiéné fejlesztése), OENI, OORI stb. munkájához. Az egészségügynek már van olyan intézménye, amelyben legalább név szerint benne van a nevelésügyhöz való kapcsolódás (Országos Testnevelés- és Sportegészségügyi Intézet), amely végezhetné az égetően szükséges korrektív mozgásprogramok, mozgások, kommunikáció és motivációfejlesztő akciók koordinációját. Itt kell megemlíteni, hogy a mentálhigiénéhez olyan ismeretekre és módszerekre van szükség, amelyeknek nálunk csak a klinikai pszichológiában és az elmeegészségügyben van képviselője, ezért a mentálhigiéné erőfeszítések súlypontja, elméleti központja csak az egészségügyben lehet. A pedagógiai pszichológia teljesen steril amiatt, hogy sikerült valamennyi ideológiailag gyanús ismeretet kiküszöbölni, a munkalélektan területén csak az érzékenyítő tréningek és a szervezetfejlesztés vonatkozásában vannak szakemberek. A pszichológusképzés korábbi gyengesége és jelenlegi tudósképző orientációja a pszichológusokat a mentálhigiéné és a klinikai gyakorlat terén csak jelentős ráképzés után teszi alkalmazhatóvá.

A mentálhigiéné fejlesztésének indítása célszerűen az elmeegészségügy kibontakoztatásán át történhetne, ez néhány éven belül az ágazat diplomásainak számát jelentősen – kb. kétszeresére – kellene emelje, viszont helyiségeken és tréningkapacitáson kívül különösebb költségigénnyel nem járna.

7. Speciális országos programok – az előbb említett szolgáltatások és lehetőségek kombinációjából elengedhetetlen néhány olyan országos programrendszer megindítása, amely a magyar társadalom égető gondjaira keres megoldást. Ontológiai értelemben ezekre nem lenne külön szükség, ha az alapvető rendszerek, szolgáltatások működnének, de ezek elhanyagoltsága sürgős feladatokat ró a terápia, illetve a másodlagos és harmadlagos megelőzés intézményeire, és e feladatoknak speciális szerveződésekkel kellene elébemeni. Ilyen programokra lenne szükség:

- a) az öngyilkosság megelőzés;
- b) az alkoholizmus;
- c) a fiatalkori devianciák és viselkedészavarok;
- d) a drogabúzus és drogbetegségek;

e) a válás és családi dezorganizáció terén.

Mindegyik területnek megvannak azok a kézenfekvő részfeladatai, melyek megoldását elsősorban az egészségügy és a szociális gondozás, illetve szociálpolitika terén meg kellene kezdeni. Az öngyilkosságmegelőzésben a telefonszolgálatok és a krízisintervenciós központok hálózata, a regionális detoxikáló centrumok korszerűsítése, az utógondozás és a követés lehetőségeinek kialakítása, az alkoholizmusban a korai kezelésbevitel, a közösségi és munkahelyi bázisú alkoholkezelés, az alkohollal kapcsolatos viselkedési problémák célzott befolyásolási programjai stb. Egyedül a drogfogyasztás terén vannak biztató kezdeményezések. A fiatalkori devianciák segítő és gondozó megközelítése nyilvánvalóan a család védelmén, a nevelés erősítésén, a tanácsadó hálózaton át történhetne, de a jelen helyzet itt legalábbis ideiglenesen új szervezéseket igényelne, teameket, szolgáltatásokat, programokat, amelyek a jelenlegi helyzetben azonnal próbálnának tenni valamit. Nagyon fontos a válás kérdése, ez ma pragmatikus beavatkozási pont lehetne, hiszen az új válási törvény pszichológiai beavatkozásoknak teret biztosítana, ám itt nyomban programokat, szakembereket, önkéntes segítő szervezeteket kellene beállítani. A lakosságban óriási az érdeklődés a házassági és válási tanácsadás, a válássegítő konzultációk („válásterápiák”) és a házassági kapcsolatot erősítő tréningek iránt, a gyakorlatban azonban semmi lehetőség nincs. Marad az üres bírói konzultáció, a régi „békítő tárgyalás” diszfunkciós ismétlése.

8. A mentálhigiéné gyakorlati indításának koncepció kidolgozásával és tudományos munkával kellene kezdődnie. A tudományos munkának nem a sokszor visszaélés tárgyát jelentő „kutatásban”, hanem információk, adatok, szakirodalmi ismeretek gyűjtésében és koordinálásában kellene megnyilvánulnia, hasonlóan a TBZ kutatás első szakaszához. A sok területen folyó, sokirányú és sokszintű munka információs és irányítási koordinációja alapvető feladat lenne, enélkül a kezdeményezésektől kevés eredmény várható. Megfelelő indulás és koordináció esetén viszont 45 év alatt érzékelhető eredmények lennének elérhetők viszonylag nem nagy beruházás, illetve ráfordítás nyomán. A koncepció kidolgozásának központi feladata kellene legyen az információs és koordinációs rendszer kidolgozása, továbbá a fejlesztési algoritmus kimunkálása a meglévő kezdemények, az égető szükségletek, illetve gazdasági és egyéb (pl. szakemberek) lehetőségek alapján. Egy bizonyos bonyolultsági szinten túl elkerülhetetlenül valamilyen intézménynek kellene létrejönnie a tervezés és az irányítás szempontjából, lehetséges, hogy később centrumok hálózatának is. Kezdetben azonban nagyon el kellene kerülni a nálunk szokásos „intézeti” bürokratizálódást, illetve a bizottságok, tanácsok stb. működé-

1. A mentálhigiéné és fejlesztésének lehetőségei hazánkban

sében ma is megfigyelhető „káderátültetési” gyakorlatot, vagyis azt, hogy a döntéshozók és a „kapuőrök” a régi káderválasztási rendszer csillagai, akik elsősorban státusuk konzerválásában, és nem a programorientált munkában érdekeltek. A koncepciónak valóban koncepciónak kellene lennie a szó fogantatási, ontogenetikus értelmében, amelyből a mentálhigiéné rendszernek szerves fejlődésben kellene kibontakoznia.

2. A mentálhigiéné fejlesztésének lehetőségei, különös tekintettel a szociálpolitika hálózatára

1. A mentálhigiéné helyzete ma hazánkban igen rossz. Sem az intézményes keretek nem alakultak ki eléggé, sem pedig lakossági, közösségi struktúrák nincsenek. Ha a korábbi gondolkodásmód – a sajtóban szellemesen „agitpropnak” nevezett – hullámhosszára helyezkedhetünk, akkor az intézményes keretek között meg kell említenünk az ideggondozók, alkoholgondozók és ifjúsági mentálhigiéné intézetek – bár laza, de valamiképpen létező – hálózatát és a nevelési tanácsadókat, esetleg a létesült néhány drogambulanciát és a megindult programot. A közösség síkján örvendezhetünk, hogy az egyházak kissé aktiválódtak, és ittott vannak helyi kezdeményezések (önsegítő csoportok, művelődési házak, kisvállalkozások a szociális szolgáltatások terén stb.). Ha velünk összemérhető nagyságú és fejlettségű országok (pl. Ausztria, Finnország, Dánia vagy akár a korábban európai „szegényháznak” számító Görögország vagy Portugália) viszonyaival hasonlítjuk össze Magyarországot, a hazai helyzet elszomorító. A családsegítő központok hálózata az egyetlen fejlesztés az elmúlt évtizedben, ennek azonban a mentálhigiéné sulya nem ítéhető meg, ebben inkább a szociálpolitikai (illetve családpolitikai, közvetlen segítő) aspektus került előtérbe.

2. A mentálhigiéné fejlesztésére érvényes terv és koncepció nincs. Ez annál szembetűnőbb, mert a korábbi terveciklusokban ilyenfajta fejlesztést mint tervet már deklaráltak, de nem történt benne semmi. Nincs pszichiátriai fejlesztési terv sem, így a mentálhigiéné egyik arculata, a gyógyító egészségvédelem sem fordul a fejlődés felé. A másodlagos és harmadlagos prevenciót szolgálhatná ugyanis a fejlett krízisintervenció, a neurózisok, súlyosabb személyiségzavarok és deviáns magatartásmódok korai és adekvát kezelésbevétele, továbbá a már megbetegedettek rehabilitációja és reszocializációja. Ezek a funkciók a fejlett mentálhigiénével bíró országokban az elmeegészségügy tágan értelmezett rendszerében valósulnak meg, természetesen szorosan érintkezve a megelőző egészségvédelem területi, illetve lakossági intézményes és közösségi rendszereivel. A pszichiátria pedig jelenleg relatíve fejletlen és elégtelen, nem megfelelő a korábbi fejlesztés tárgyát képező osztályos ellátó munka sem (sok tucatnyi összefonódó ok miatt, melyek közül az idős, csupán ápolásra szoruló betegek kibocsátásának képtelensége, a szociális problémák

medikalizációja és pszichiatrializációja, a rehabilitáció átmeneti intézményeinek hiánya, a progresszív betegellátás megvalósulatlansága, az osztályok elégtelen profilírozása stb. említendő), de az ambuláns ellátás is kiáltóan inadekvát és nehezen hozzáférhető. A pszichiátriai ellátás kapcsolódása az egészségügyi ellátás más ágazataihoz ugyancsak korszerűtlen. Nincs korszerű, és kiváltképpen nincs szükséges alkoholológiai hálózat. Képzetlen és demoralizált a szakemberek rétege, hiányoznak fontos átmeneti szakmák, a pszichológusok felhasználása nem megfelelő, a vezetés kontraszelektív kiválasztási folyamatok nyomán foglalja el helyét. Gyakorlatilag szinte hiányoznak a tanácsadások, pszichoterápiás ambulanciák, közösség felé forduló segítő szervezetek, amelyek az elmeegészségügy felé terelnék, segítenék a rászorulókat.

3. A lakossági, közösségi kezdeményezések különösen hiányosak, sajnos az utóbbi években nagyon kevés történt (noha néhány egyházi vagy területi próbálkozást a tömegkommunikáció reflektorfénybe állított, és a SZEM vezetése is hajlamos emlegetni; mint ígéretes kezdeményt). Félni kell, hogy ezek a negatív anómiába forduló társadalmi változások kedvezőtlen hatásainak ellensúlyozására sem képesek, nemhogy sui generis fejlődést jelentenének. A helyi társadalmak és közösségfenntartó folyamatok elsorvasztása, a legrászorultabb területek konzervált vagy éppen relatíve fokozódó politikai elmaradottsága és a lakosság demoralizálódása, atomizálódása igen nehéz feltételeket teremt az ilyen kezdeményezések számára. Még leginkább az egyház és a vallásos mentalitás keretében vannak tartalékok, de féltő, ezek ereje, súlya kevés.

4. A mentálhigiéné tehát sokrétű, központi, szisztematikusan átgondolt és intenzív fejlesztést igényel, ha a spontán és bizonytalan természetes fejlődés esélyeit meg akarjuk haladni (ezek is elsősorban a közösségi, lakossági mozgalmakban, a pszichológiai kulturáltság terjedésében, az önismereti és önsegítő törekvésekben rejlenek, az elmeegészségügyben kevésbé). Számos hatékony fejlesztési lehetőség létezik, de programokat igényelne, mintegy kultuszt a maga adott területén. Ha a lakossági lehetőségeket nézzük, gyors eredményekkel csak a magas szintű politikai (jogi, adminisztratív, adótechnikai stb.) irányítás és támogatás, tömegkommunikációs és mozgalmi stratégia (ideológia, szimbolika, értékprofesszió), másutt bevált módszerek (selfhelp, mutual aid, cocounseling, consciousnessraising vagy awareness groups, befriending stb.) célzott terjesztése biztatna. Mindezeknek pluralisztikus módon, veszélyeztetett vagy kockázati csoportokra, hátrányos helyzetű szubkulturákra, egyes társadalmi rétegekre vagy kategóriákra irányuló modellkísérle-

2. A mentálhigiéné fejlesztésének lehetőségei a szociálpolitikában

tekben kellene megindulnia. Az elmeegészségügyben egészen egyszerűen a szükséges szolgáltatások és ellátások minimális kifejlesztése lenne elengedhetetlen.

5. A fejlesztés szükséglete világos, hiszen látható hogy a mentálhigiéné rossz állapotának lényeges szerepe van a mortalitási és morbiditási viszonyokban, az egészségügy hiányos működési képességében és a szociálpolitika egyes hátrányos vonásaiban. Sok jel mutat arra, hogy a mentálhigiéné tá- gan értelmezett területén kapcsolódnak át a kedvezőtlen makroszociális folyamatok magatartásmódkká és biológiai folyamatokká, amelyek patológi- kusak. A mentálhigiéné terén történik a deviáns viselkedésformák kialakulá- sa, és a pszichiátriai betegségek nagyobb részéé, a pszichoszomatikus beteg- ségeké, és talán annak a fajta kedvezőtlen egészségviselkedési és együttmű- ködési készség nagyobb hányadéé is, amely erősen belejátszik mortalitási és morbiditási helyzetünkbe. Nemzetközi orvosi illetve egészségügyi szocioló- giai adatok alapján következtethető, hogy ha a mentálhigiéné szociokulturális és pszichoszociális szférájában nem következik be gyorsan kedvező változás, az egészségügy (és esetleg a szociálpolitika) jelentős fejlődése vagy a politi- kai liberalizálódás növekedése ellenére sem javulnak a deviáns magatartás- módok és az elmeegészségügy mutatói. A mentálhigiéné tehát stratégiai je- lentőségű kérdéskör, ugyancsak érvekkel és adatokkal lehetne alátámasztani, hogy valószínűleg az egészségvédelem nálunk (ezt a szót kurziválni kellene), nálunk nem tud fejlődni a mentálhigiéné fejlődése nélkül. Például: a mozgás- gazdagabb, fizikailag aktívabb életmód kialakulásának esélyeit döntően csök- kenti a jelenlegi mentálhigiéné helyzet. Itt nem egyszerűen arról van szó, hogy az emberek nem tudják, hogy mozogni egészséges és jó (és nem egyszer- rűen arról van szó, hogy nincs ehhez megfelelő pálya, tér).

A fejlesztéssel kapcsolatosan kell megemlíteni, hogy központi fontosságú az alulról jövő kezdeményezések bátorítása, engedése de a jelenlegi helyzet- ben ez nem elegendő. Ezt is szervezni, aktiválni kell, erre példa az önszervező és érdekképviseleti csoportmozgalom, amit az EG-országokban nemzeti és nemzetközi központok igyekeznek fejleszteni, illetve amelyek német fejlesz- tésében a néhány regionális Informations und Kontaktstelle nagyon kevés munkatárssal, nagyon gazdaságosan nagyon nagy eredményeket ér el. De ter- mészetesen csak igen lassan várható, hogy az egészségügy elmaradásai helyi erőfeszítések nyomán fejlődjenek, ez is központi erőfeszítést kíván.

Mentálhigiénés Intézet feladatai

6. A központi fejlesztés irányítását valamilyen országos szervezetnek kellene végeznie. E fejlesztésnek koordinatív és közvetlen szervezési feladatokból kellene állnia.

Koordinatív feladat például a mentálhigiénés tevékenység kibontakozásának serkentése a pszichiátriában és a medicinában általában. A medicinában például öngyilkosság és alkoholizmus elleni program jegyében lenne szükség fejlesztésekre. Jelenleg nem megfelelők az öngyilkossági szándékból megrettetteket ellátó központok, kiváltképpen a budapesti központ. Nem elégségesek a kijózanító állomások, és nincsenek alkoholológiai profilú belgyógyászati osztályok. Mind öngyilkossági kísérlet, mind pedig szomatikus alkoholszövődmények miatt ma szükségtelenül sok ember hal meg, illetve nem kerül adekvát kezelésbe. A pszichiátriában krízisellátó központok, pszichoterápiás ambulanciák, rehabilitációs átmeneti intézmények kellenének nagyobb számban, továbbá egyes profilosztályok. Hiányzik ma a szexológiai rendelések hálózata (noha pl. a telefonszolgálatok összegyűjtött tapasztalatanyagából tudjuk, hogy a szexológiai problémák igen gyakran okozói súlyos öngyilkossági kríziseknek).

A pszichiátrián kívül az ifjúsági, párkapcsolati, házassági, válási, családterápiás, önismereti és személyiségfejlesztést szolgáló rendelések, tanácsadók hálózatát kellene megalkotni. Lehetséges fejlesztési út a családsegítő központok korszerű családterápiás és családi tanácsadó lehetőségeinek bővítése, de ugyanez kivitelezhető lenne a nevelési tanácsadók erősítése révén is. A pszichiátrián kívüli fejlesztések a művelődésügy és a tanácsai igazgatás együttműködését igénylik. Az igazságüggyel való együttműködés lenne szükséges az új családjogi és válási törvény által adott lehetőség, a válásokkal kapcsolatos tanácsadás szakszerű pszichológiai, elsősorban párterápiás eszközeinek alkalmazására. Számos hatékony technika létezik, amely alkalmas a kulturált válás és családi reorganizáció elősegítésére, sajnos ezek közül nálunk egyik sem ismeretes és nem használatos. Az igazságügyi dolgozók válási tanácsadói tevékenysége nem tekinthető korszerűnek.

Központi segítség kellene a lakossági kezdeményezések és mozgalmak serkentésére is. Elsősorban önszervező és érdekképviseleti csoportok, életformaműhelyek, konstruktív szabadidőfelhasználó csoportok, lakóközösségek, védett szállások és munkahelyek, önkormányzat alapján működő ifjúsági mozgalmak és szervezetek, önképző és öntevékeny művészeti csoportok, családi gondozást vállaló közösségek tevékenysége fontos, de üzleti célú szociális szolgáltató és ellátó szervezetek is szükségesek. Egyházak és társadalmi

2. A mentálhigiéné fejlesztésének lehetőségei a szociálpolitikában

mozgalmak karitatív és gondoskodó működését is segíteni kellene. A segítség információ és tanácsadás, konzultáció, módszertani szupervízió, clearing-house tevékenység és sok más egyéb módon lehetséges.

7. Valamilyen koordináló intézet működése segíthetné elő a regionális, szubkulturális, rétegekre vagy speciális csoportokra irányuló modellkísérleteket, és ez működhetne közre bizonyos intenzív programok megvalósításában. E programok az országos egészségvédelmi program koordinációjába is tarthatnának, de abban a mentálhigiéné jelenleg teljesen hiányzik, e központi program manapság szociológiai jellegű erőforrásokra támaszkodik. A hazai mentálhigiéné helyzet miatt sajátos program kellene:

- a) Az öngyilkosság megelőzés terén, itt szükséges
 1. a szomatikus ellátás korszerűsítése (a területen adott elsősegélytől a mentőszállításon át a detoxikáló ellátásig);
 2. a kísérleten átesettek kezelése és gondozása;
 3. a telefonszolgálatok működési feltételének javítása és hálózatának kiépítése;
 4. krízisintervenciós központok létesítése;
 5. közösségi posztintervenciós és öngyilkosmentő missziók és központok kialakítása.
- b) Az alkoholizmus terén
 1. a szomatikus ellátás javítása;
 2. a korai kezelésbevitel módszereinek alkalmazása (pl. a WHO community response programjainak kiterjesztett megindítása);
 3. üzemi bázisú alkoholkezelő programok megindítása és támogatása;
 4. ambuláns alkoholellátó és tanácsadó hálózat korszerű pszichoszociális beavatkozási módokkal;
 5. névtelen alkoholisták, alkoholisták hozzátartozóinak csoportos kezelése (Al-Anon és más struktúrák).
- c) Drogprogram (amely az egészségvédelmi program keretében elfogadhatóan megindult).
- d) Hátrányos helyzetű fiatalok reszocializációs, illetve korrekatív programja, elsősorban hátrányos helyzetű fiatalok és gyermekek védelme.
- e) Komplex rehabilitációs program.

Minden programnak önálló pénzügyi háttérrel és saját modellkísérletekkel kell rendelkeznie.

8. Mivel sem ellátási módok, sem megelőző programok, sem pedig közösségi kezdeményezések nem vehetők át kész modellként, mentálhigiéné központnak kellene irányítani a fejlesztéssel együtt járó tudományos kutatásokat. Ezek főleg akciókutatások és nem alapkutatások lehetnének, adatgyűjtések,

helyzetfelmérések hatékonysági kontrollvizsgálatok, követéses vizsgálatok, tapasztalati elemzések. Ezekből lenne leszűrhető a hatékony szervezési módok, közösségi facilitáló eljárások és modellkísérletek értéke. A kutatómunkát segítené, hogy az irányító és koordináló központnak összetett és hatékony kommunikációs rendszert kellene működtetnie, amely a sui generis mentálhigiéné kezdeményezéseket összeköti az egészségüggyel, a szociálpolitikával és a lakossággal.

9. A mentálhigiéné tevékenységének szorosan össze kellene fonódnia a szociálpolitikával. A szociálpolitikának van egy sor kormányzati feladata (népesedés, lakás, bér és jövedelempolitika stb.), de a közvetlen védő támogató feladatköre olyan csoportokra, lakosságrétegekre, családokra és egyénekre irányul, akik mentálhigiéné szempontból is hátrányos helyzetűek vagy veszélyeztetettek. Ezek körében bajelhárító, ellátó, segítő és megelőző munkát kellene kifejteni. A szociálpolitikai ellátásra szorulóknak között különösen sok a deviáns, a pszichiátriai beteg az izolált helyzetben lévő, a különböző pszichoszociális készséghiánnyal küzdő a krónikus beteg vagy fogyatékos, ezeknek állapota könnyen rosszabbodik, illetve könnyen megy át súlyosabban kóros formába. A mentálhigiéné egyik frontvonala lehetne ezért a szociálpolitikai ellátás. Számos vonatkozásban a társadalmi kezdeményezés, segítség vagy ellátás pszichológiai beavatkozás nélkül nem is kellően eredményes, esetenként pszichológiai és szociológiai programrendszer kellene, aminek módszerei még kidolgozásra, modellkísérletekben történő kipróbálásra szorulnának (ez is a kutatás fontosságára mutat), például cigányok, lumpen lakóhelyi területek stb. esetében. Gondozási és fejlesztési feladatok, ellátási módok, aktivizálási kísérletek stb. mind olyan tevékenységek, amelyekben a mentálhigiéné és a szociálpolitika karöltve kell tevékenykedjen.

10. A szociálpolitikai aktivitás keretében végezhető mentálhigiéné munkához és fejlesztéshez ugyanúgy, mint az egészségügy keretében vagy a közösségekben folyóhoz elengedhetetlen a képzés. A megfelelő módszertani és szemléleti, valamint szervezési, jogi, államigazgatási stb. tudás továbbadása itt éppoly fontos, mint az adott tevékenységi formákhoz szükséges önismerteti, kommunikációs, érzékenységi, csoportdinamikai, illetve motivációs változások kereteinek nyújtása. Csak a mentálhigiénében irányító szerepet betöltő szakemberek vagy közösségi aktívák esetében érdemes itt ambiciózus képzési célokra gondolni, a legegyszerűbb készségek, jártasságok, módszercsomagok tanítása a reális célkitűzés, ez is azonban nagy szervezést, sok erőforrást, komoly intézményes háttérrel és a társadalmi adminisztráció magas szintjén tisztázott jogköröket és jogosítványokat jelent. A képzési tevékenység nehe-

zen elképzelhető központi intézmény és megfelelő hálózat nélkül, és nem nélkülözheti az akciókutatásokat sem, hiszen az optimális képzés tartalmi és formai sajátosságai nem mindenütt tisztázottak, és a nemzetközi gyakorlatban nagyok az eltérések a működő próbálkozások, kísérletek között, s ezek gyakran vitában is állnak egymással. A képzés egy része természetesen meglévő, klasszikus intézményekben kell folyjon, így például a mentálhigiéné ismeretek és képzések oktatásának és gyakorlásának meg kell jelennie az orvosok, pszichológusok, pedagógusok stb. egyetemi, illetve főiskolai és a posztgraduális képzésében, kiváltképpen pedig a szociális gondozók és szervezők képzésében, de nyilvánvaló, hogy egész sor új feladatkör kell, amely a megfelelő képzés révén szervezhető (pl. külföldön nagyon beváltak a közösségszervezők, a csoportaktiváló kommunikációs szakemberek, a közösségi tanácsadást végzők stb., ők is képzést, szupervíziót, továbbképzést, szakanyagokat stb. igényelnek). Önállóan átgondolandó és koncipiálandó feladat, hogy a szociálpolitikában dolgozók milyen mentálhigiéné készségekben és szemléleti vonatkozásokban igényelnek képzést. A képzést célszerű a leginkább pragmatikus módon (csoportmódszerek, modellkövetés, audiovizuális eszközök, szimulációs gyakorlatok, living learning stb. révén) elképzelni és szervezni.

Közvetlen tennivalók

1. Valóságvizsgálat, tényfeltárás. A szociálpolitika és a szociális gondoskodás lelki egészségvédelmi lehetőségeinek koncipiálása érdekében képet kellene alkotni a pszichoszociális, illetve pszichológiai segítségre és fejlesztésre szoruló rétegekről, társadalmi kategóriákról, veszélyeztetett csoportokról. Talán ezek meghatározása egyszerűbb feladat, mint az anyagi támogatásra vagy szolgáltatásokkal való ellátásra szorulókat meghatározása. Valószínű, hogy az egyes rétegek és csoportok mentálhigiéné megközelítéséhez külön feladatalgoritmusok kellenek, ezeknek elvi tervezése elindítható lenne (cigányok, különféle munkanélküli csoportok, tanyákon élő öregek, fogyatékosok és rokkantak stb.). Fel kellene dolgozni a szociálpolitikai hálózat szervezeti struktúráját, szakembergárdáját, jelenlegi és távlati képzési szükségleteit, legfontosabb közvetlen fejlesztési igényeit, információs és kommunikációs rendszerét, mert enélkül nagyon nehéz tervezni. Különösen a családvédelmi központok tevékenységéről kellene valóság-hű kép, különös tekintettel az azokban folyó pszichológiai és családterápiás munkára, valamint az azok munkaterhelésében jelentkező mentálhigiéné feladatokra. Kb. egy évtizede van szó a védőnői hálózatról mint szociális gondoskodási és lelki egészségvédelmi erőforrásról, e kérdés fókuszba vétele konkrét adatok alapján igen aktu-

ális lenne. Meg kellene vizsgálni a szociális munkások képzésének és alkalmazásának helyzetét is. Végül valóságfeltáró munkát igényelne a tanácsok szociálpolitikai tevékenysége, ennek munkaerőgárdája, információs rendszere, jogállása stb.

2. Közvetlenül fejleszthetők lennének: a) lelki elsősegélynyújtó telefon-szolgálatok, amelyek hálózata örvedetesen bővül; b) bizonyos, égetően szükséges szolgáltatások – például krízisintervenciós központok, fájdalomklinikák; tanatólogiai egységek (amelyek a terminális állapotban levő betegekkel és családjaikkal foglalkoznának, a gyászfeldolgozást segítenék, különösen a hirtelen és az önkezű halál eseteiben, mert itt ez gyakorlatilag preventív mentálhigiéné munka), depresszióosztályok szexológiai tanácsadók és betegellátóhelyek, rokkantak és fogyatékosok munkaközvetítói stb. – fokozatos és folyamatos fejlesztése; c) korai kezelésbe vételi, illetve munkahelyi bázisú alkoholellátó egységek, modellkísérletek és programok; d) önségítő csoportok szervezése és fejlesztése, különös tekintettel alkohol- és drogbetegek, deviáns fiatalok ilyen csoportjaira, illetve ilyen betegek családtagjainak és hozzátartozóinak csoportjaira (az önségítő csoportok szakszerű tanácsadást, facilitáló szervezési segítséget, folyamatkonzultációt, szupervíziót és információközvetítő szolgáltatásokat igényelnek); e) közösségi és karitatív kezdeményezések (pl. egyházi lelkigondozás, mentálhigiéné célokot követő lakossági mozgalmak, művelődési házakban folyó önismereti, családsegítő, személyiségfejlesztő, csoportdinamikai munka) segítése, anyagi eszközökkel, adminisztratív közvetítéssel, képzéssel stb.; f) szociálpolitikával és szociális gondoskodással kapcsolatos tömegkommunikációs stratégia.

3. A lelki egészségvédelem jogi, politikai, világnézeti, erkölcsi stb. szempontjainak kidolgozását is meg kellene kezdeni. Ez részben a tömegkommunikációval való kapcsolat szempontjából is fontos. Szociális és egészségügyi főhatóság például bizonyos humanitárius, humanisztikus értékek kimunkálását és képviselését is elvállalhatná, országos irányító szerv nem térhet ki értékproblémák kezelése, értékkonfliktusok értelmezése elől, és egyes – a közvéleményt foglalkoztató, lelki egészségvédelmi, illetve egészségfejlesztő jelentőségű – kérdésekben legalább állásfoglalás lenne célszerű részéről. A szociális és egészségügyi munkában például állandóan jelen vannak a szabadság és a korlátozás, az autonómia és a kiszolgáltatottság, a tolerancia és a szabályozás, a konfrontáció stb. ellentmondásainak, illetve erőtereinek dilemmája ezeket nem lehet megkerülni az orvosok, a szociális munkások és más szakemberek dezorientációjának, illetve dezorganizációjának veszélye nélkül. A kérdésekkel legalább egy bizottságnak kellene foglalkoznia, amelyben jogászok, orvosok, pszichológusok, szociológusok, etikai szakemberek stb. működnek.

3. A lelki egészségvédelem (mentálhigiéné) problémája

A pszichiátria az egészségügy egyik legnagyobb ellátási ágazata. Különböző országokban különböző arányú a pszichiátriai ágyak száma, a legfejlettebb országokban elérheti az összes kórházi ágy 20-25%-át is. Magyarországon 1985-ben kb. 11.000 ún. „elmeágy” működött a mintegy 90.000 kórházi ágy között, és több százra tehető az ideggondozókban, idegszakrendeléseken és alkoholgondozókban dolgozókkal együtt a pszichiáterek száma. Egyidejűleg kb. a lakosság 45%-a áll kezelés alatt, és élete folyamán hozzávetőleg a lakosság 20-25%-a részesül pszichiátriai kezelésben. Ezek az utóbbi számok ugyanis csalókák, nincs megbízható statisztika, sok pszichiátriai beteget más szakmájú szakorvosok vagy általános orvosok kezelnek (pl. neurózisban, depresszióban stb. szenvedőket) és számos országban a betegek nagyobb része nem is kerül orvoshoz. Ahol a pszichiátria szervezete fejletlen, ott a betegek nehezebben jutnak orvoshoz, kisebb az emberekben az ún. pszichológiai kulturáltság, kevésbé igényesek önmaguk és környezetük viselkedésével és lelkiállapotával kapcsolatban. Vannak nagy felmérések, amelyek arra mutatnak, hogy egy adott időszakban a lakosság kb. 20-25%-a szenved olyan pszichiátriai betegségben, amely kezelésre szorulna. Legalább 5%-a a lakosságnak alkoholistának vagy veszélyesen, mértéktelenül ivónak tekinthető. Sok a szervi eredetű elmebajban szenvedő, néhány százaléknyi a depressziós és kb. 10-12%-a az embereknek krónikus és komoly neurotikus tünetekkel küzd. Nagyon nehéz megállapítani, hol húzható meg a határ az ún. mindennapi neurózis, a legtöbbszörben meglévő neurotikus tünetképzés és az életszakaszokkal és életproblémákkal járó neurotikus reakciók, továbbá a komoly, strukturált, kezelést igénylő neurotikus állapotok között. Az enyhe neurotikus panaszok is kezelést igényelhetnek, a kezelés különösen az enyhe és kezdeti esetekben eredményes, és ez későbbi állapotromlásokat előzhet meg. Ugyanakkor számos neurotikus tüneti állapot önmagától is múlik, magától is gyógyul. Nehéz tehát egyértelműen meghatározni, mely eseteket kell kezelni. Mindenesetre sok függ a pszichiátria és a járulékos szolgáltatások fejlettségétől.

3. A lelki egészségvédelem (mentálhigiéné) problémája

Eddigi adatainkból is nyilvánvaló, hogy a pszichiátria hatékonysága igen nagy lakosságrétegekre terjed ki. A legtöbb szakember elismeri, hogy a pszichiátriai értelemben teljesen egészséges ember ritka. Amerikai szerzők szerint legfeljebb az emberek 5%-a tekinthető teljesen egészségesnek. Az ember lelki fejlődése és lelki működése, emberi kapcsolatainak és életfeladatainak szabályozása olyan bonyolult dolog, hogy teljesen zökkenőmentes működés ritkaság, és ha valaki tökéletes egyensúlyban van önmagával és környezetével, az sokszor a szerencsés körülmények következménye vagy pedig hosszabb feszültségekkel és tünetekkel terhes fejlődési folyamat eredménye. Sok igazság van abban a tréfás mondásban, amit az egyik neves magyar elmeorvos szokott mondani tanítványainak: Az a normális ember, akit még a pszichiáter nem ismer...

Régóta ismeretes, hogy a pszichiátriai problémák nagy száma miatt szinte lehetetlen elképzelni tökéletes pszichiátriai ellátást. Már Nietzsche eltűnődött ezen, és a század elején leírta, hogy a jövő ideális társadalmában a társadalom egyik felének kellene kezelnie a másikat (és néhány kommentátor ehhez rosszindulatúan hozzátette: ezután pedig helyet kellene cserélniük...). A pszichiátriai ellátási rendszerek világszerte csak azt tűzik ki célul, hogy az egyértelmű, súlyos betegségeket kezeljék, lehetőleg minél korábban vegyék kezelésbe a komoly, visszafordíthatatlan folyamatokat elindító betegségeket, amelyek maguktól nem jönnének rendbe, és ápolni, rehabilitálni tudják a krónikus vagy a gyógyíthatatlan eseteket. Ez maga is igen nagy feladat. A korai kezelésbevétel az egész orvoslásban alapvető szempont, a betegségek többségében ez javítja a kezelés kilátását. Vannak betegségek – éppen a pszichiátriában gyakoriak ezek –, amelyek már első megjelenésükkor igen erősen jelen vannak, csak még a tüneteik enyhék. Ezeket már a korai kezelésbevétel nem tudja megállítani, a kezeléssel együtt romlanak egy ideig, és csak később, hosszabb távon mutatkozik meg a korai kezelésbevétel előnye. Ilyen lényegében a szkizofrénia, ilyen a depresszió és a neurózisok között is akad ilyen.

Mint az orvostudományban mindenütt, az elmeorvoslásban is korán felmerült a megelőzés, a prevenció, illetve a profilaxis elve. Tudjuk, hogy a medicina óriási eredményeit elsősorban a megelőzés érte el. Az egészségügy nagy forradalma a múlt század elejének higiénés intézkedései révén jött létre. Szakemberek gyakran rámutatnak, hogy a közegészségügyi szempontból legveszélyeztetettebb nagyvárosok egészséges ivóvize, csatornázása, élelmiszerhigiénéje nagyobb mértékben előzte meg a betegségeket vagy növelte a várható élettartamot, mint pl. az antibiotikumok elterjedése. Számos fertőző betegséget, amely korábban az emberiség nagy pusztítója volt, meg tudtak fé-

3. A lelki egészségvédelem (mentálhigiéné) problémája

kezni védőoltásokkal. Bizonyos kezdő állapotok korszerű gyógyítása súlyos szövődményeket előz meg. Egy időben pl. reményteljesnek látszott, hogy teljesen ki lehet irtani a szifilisz, mert a fertőzötteket azonnal elkezdték penicillinnel kezelni, és a beteg partnereit is felkeresték, kezelésbe vették. Ha a betegséget nem is sikerült kiirtani, másodlagos és harmadlagos szakaszának súlyos szövődményei eltűntek. Szinte teljesen sikerült azonban megelőzni a szívbelhártyagyulladás és lecsökkenteni a heveny vesegyulladások számát a streptococcus nevű kórokozó által kiváltott garat és torokgyulladások korszerű és erőteljes kezelésével (antibiotikumokkal). Napjainkban a terhesség előtti és alatti kivizsgálásokkal, genetikai tanácsadással súlyos örökletes betegségek előzhetők meg, köztük az értelmi fogyatékosok sok fajtája.

Érthető tehát, hogy a pszichiátriában is kocán felvetődött a megelőzés, a mentálhigiéné vagy a pszichoprofilaxis elve. Mint már említettük, a század elején ez a gondolat mozgalommá vált egy Clifford Beers nevű amerikai üzletember hatására, aki két évet töltött betegként elmeosztályon, és elhatározta, hogy minél több embert ment meg ettől a szörnyűségtől. A kor elmeokrházai valóban szörnyűek voltak, túlsúfoltak, az általános higiéné szempontjából is elhanyagoltak, a betegek kezelést nem kaptak, annál több sérelmet kellett elviselniük. Napirenden volt a fizikai korlátozás, és az intézmény szigorúan zárt volt, legfőbb funkciója a betegek őrzése. A betegek emberi méltóságát általában nem vették figyelembe. Beers kezdeményezésére nemzetközi mentálhigiéné szövetség jött létre, és a kor vezető elmeorvosai szakemberei fogalmazták meg a megelőzés célpontjait. Néhány cél világos volt: harcolni a szifilisz ellen (ennek jegyében a prostitúció ellen), küzdeni az alkohol és a kábítószeres fogyasztás ellen, kiállni a lakosság nagyobb műveltségéért, hiszen számos elmeorvosi állapot fakad az iskolázatlanságból és az ingerszegény környezetből. A célok között szerepelt az elmeegészségügyi ellátás kiterjesztése és javítása is. A mentálhigiéné mozgalom is szerepet játszott abban, hogy Amerikában a húszas évekre diadalmaskodott a prohibíció, a szesztilalom (ami, tudjuk, nem vált be, mert nem sikerült megfékezni a törvénytelen szeszfőzést és a szeszcsempészést, és így a bűnözés szervezett formáinak elterjedése lett a következmény). A húszas-harmincas években az elmeorvosban elterjedt az öröklés kóroktani szerepének elmélete, ekkor tették közzé az első pszichiátriai családfavizsgálatokat és ikerkutatásokat, ezeknek hatására a megelőzés fontos szempontja lett az örökletes anyag átvitelének korlátozása. A tizes évek végén jelent meg egy amerikai elmeorvos könyve, amelyben egy Kallikaknak nevezett család tagjait több nemzedéken át követte a szerző. Megállapította, hogy a sokgyerekes, kb. egy évszázad alatt nagyon szerteága-

3. A lelki egészségvédelem (mentálhigiéné) problémája

zó család szinte minden tagja beteg vagy társadalomellenes lett, és társadalmi akciókat sürgetett az ilyen családok kialakulásának megakadályozására. Ekkor terjedt el az elmebetegek sterilizálása, vagyis meddővé tétele, ezt törvényeszk is elrendelhetette. Értelmi fogyatékosokat, erőszakos és súlyos elmebetegeket tesznek az eljárás során meddővé. Ez az eljárás számos országban még napjainkban is él, bár már nagyon ritkán fordul elő. A század első felében az Egyesült Államokban gyakori volt (gondoljunk csak a szépirodalom leírásaira erről, pl. William Faulkner *A hang és a téboly* című regényére). A húszas-harmincas években Európa az ún. eugenika (szó szerint: egészséges nemzés) eszméjének hatása alá került, ebben a zavaros eszmeáramlatban sok szó volt az örökletes degenerációkról, egészséges és felsőbbrendű fajokról. Nem véletlen, hogy a fasizmus ezt az elméletet átvette és hivatalos ideológiává tette. A fasiszta törvények azután tiltották a fajok keveredését (fajgyalázás”), és 1938-tól Németországban nemzeti program lett az értelmi fogyatékosok és az elmebetegek szervezett kiirtása. Ezzel nemcsak a háborúra készülő ország gazdasági terheit akarták csökkenteni, hanem el akarták pusztítani a kóros örökletes anyagokat is. Sokak szerint ez volt a szervezett fajirtás főpróbája. Az elmebetegek elpusztításában neves német elmeorvosok is közreműködtek. A szörnyű német példa és azután a fajelméleti alapon igazolt gázkamrák működése évtizedekre elrettentette a szakembereket a genetikai profilaxis gondolatától, visszaesett a világban a pszichiátriai genetika fejlődése is. Napjainkban elsősorban genetikai tanácsadás segítségével próbálják csökkenteni az örökletes ártalmak manifesztációját. Mivel az egyetemes iker kutatásai is azt mutatják, hogy az örökletes tényező nem determináló, inkább valószínűsítő hatású, ma csak az egyértelmű genetikai terheltség eseteiben beszélnek le a szülőket a terhesség vállalásáról. Ebben az évben, 1987-ben tették közzé, hogy megtalálták a mániás-depresszív betegség öröklődő formájának génlokalisációját és várható, hogy a magzatvíz vizsgálatával ki lehet majd mutatni a veszélyeztetettséget, és meg lehet szakítani a terhességet.

Az értelmi fogyatékoság számos válfajában a magzati diagnózis már lehetséges, és a genetikai ismeretek is lehetővé teszik a megelőző tanácsadást. Ez igen nagy dolog, az értelmi fogyatékoság ugyanis óriási teher családoknak és társadalomnak egyaránt. Így pl. várható, hogy a Down-kórnak vagy mongoloid idiotizmusnak nevezett betegség teljesen megelőzhető lesz. Vanak értelmi fogyatékoságot okozó kórképek, amelyek megfelelő táplálkozással előzhetőek meg, így pl. a fenilketonuria nevű enzimhiány eddig fogyatékoságot okozott, mert nem tudták, hogy az enzim hiánya miatt a normális táplálék agykárosító hatású. Ma speciális diétával az ilyen enzim hiánnyal

3. A lelki egészségvédelem (mentálhigiéné) problémája

születő gyermekek egészségesen felnevelhetők, a diétát tízéves kor körül abba lehet hagyni.

Mindez mutatja, milyen nagy jelentősége van a lelki egészségvédelem szempontjából is a biológiai kutatásoknak, köztük a genetikának is. Ha a genetikai veszélyeztetettség természetéről többet tudunk majd a funkcionális elmebetegségekben, vagy akár a neurózisok egyes fajtáiban, támpontokat nyerhetünk ahhoz, hogy a veszélyeztetett embereket a személyiséget károsító pszichés és szociális ingerektől megpróbáljuk védeni, ill. egészségesebb feltételek között elősegíteni személyiségük fejlődését. A medicina haladása általában is szolgálja a lelki egészségvédelmet, pl. a magasvérnyomás betegség megfékezése, az érlemeszesedés elleni harc, a cukorbetegség vagy az epilepszia megelőzése és megfelelő kezelése sok felnőttkori és időskori pszichiátriai szövődményt előzhetne meg.

Ki kell emelni, hogy a funkcionális pszichózisok esetében a megfelelő pszichiátriai kezelés egyben profilaxis is. A mániás-depresszív betegséget a lítium rendszeres adásával sok esetben annyira enyhíteni lehet, hogy ez a betegség súlyos fázisváltozásait könnyen kezelhető méretekre csökkenti. Tartós hatású trankvillánsok rendszeres adása a szkizofréneket védi meg a visszaeséstől. Kimutatott tény, hogy depressziósok fenntartó gyógyszerelése antidepresszívumokkal ugyancsak jelentős védő, fázismegelőző hatású.

Természetesen napjaink mentálhigiénéjében még aktuálisabb az alkoholizmus és az alkohollal való visszaélés, továbbá a kábítószeres és más drogok elleni harc. Ezek az ártalmak, mint erről már többször szóltunk, sok betegséget és szövődményt okoznak.

Fontos mentálhigiénézés szerepet kapott a csecsemőkori és kisgyermekkori fertőző betegségek megfelelő kezelése. Ezek a fertőző, lázas állapotok általában károsítják az agyat, ha nem megfelelően kezelik őket, ha elhúzódó lefolyásúak vagy szövődményekkel járnak. A gyermeki agy érzékeny a magas lázra, és számos fertőző betegség a gyermekkorban az agyhártyákat és az agyállományt is megtámadja, még ha nem is elsődlegesen az agyban manifesztálódik a betegség (mert ilyen is van, különböző agyhártya és agyvelőgyulladások formájában). A gyermekkori agyártalmakból – ma még nem teljesen ismert, ill. vitatott elméletekkel magyarázott módon – személyiségfejlődési nehézségek, pszichopátiás fejlődési torzulások, neurotikus hajlamok erednek. Sok szakember szerint még a szkizofrénia kialakulásában is szerepet játszhat az az enyhe fokú, diffúz agykárosodás, amely a kisgyermekkori elhanyagolt fertőzésekkel eredhet. A gyermekkori ún. minimális agykárosodás betegség EEG-vel és különböző funkcionális próbákkal valószínűsíthető állapot.

3. A lelki egészségvédelem (mentálhigiéné) problémája

Gyakran erre utal a gyerekek nyughatatlan, túlmozgásos hajlama (hipermotilitási szindróma). Újabban a figyelem képességének csökkenését tartják a diffúz gyermekkori idegrendszeri károsodásokban a legfontosabbnak. Figyelem-deficit szindrómáról beszélnek, a figyelem nehézsége az, ami a nevelő, szocializáló hatásokat nehezebben engedi érvényesülni.

Kicsi és nagyobb gyermekkorban igen sok a különféle ideges tünet és viselkedési zavar, ezeket részben gyermekpszichológusok, súlyosabb esetben gyermekpszichiáterek kezelik. Még a legfejlettebb és leggazdagabb országokban is elégtelen a gyermekpszichológiai és a gyermekpszichiátriai hálózat, még általában a pszichiátria szintjénél is fejletlenebb. Pedig a gyermekkori pszichés zavarok megfelelő kezelése a mentálhigiéné egyik legfontosabb része lenne, kellene legyen. A neurózis, a szexuális zavarok, a karakteropátiák és sok más pszichiátriai probléma szempontjából a gyermekkor fontos korszak, ekkor kezdődnek a különböző zavarok, köztük több olyan, ami csak a felnőttkorban bontakozik ki. A korai kezelésbevetelnek a gyermekkorban lenne tehát a legnagyobb lehetősége. Ágybavizelés, gátlás, iskolai teljesítményzavar gyakran komoly neurózis kezdete lesz, ha elhanyagolódik a gyerekek önértékelésének károsodása révén. Sajnos, a gyermekpszichiátria hazánkban is fejletlen és ugyancsak kevés a gyermekpszichológiai rendelés. Mint más országokban is, nálunk szintén nagyon fejletlen a serdülők ellátása. A serdülők a gyermekellátásba már, a felnőttek ellátásába még nem férnek bele. Pedig a serdülőkor nagyon sok veszéllyel jár, a legtöbb kábítószerrel erre a korszakra esik nagyon sok az öngyilkossági kísérlet, nagyon sok az élet későbbi korszakaira is kiható krízis és kisiklás.

A gyermekkor és a serdülőkor pszichikus zavarainak kezelésében lényeges, hogy ilyenkor megközelíthető az egyik legfontosabb pszichoszociális ártalom, a kóros család is. A szülők személyiségének zavara gyakran kóros családi struktúrákat és folyamatokat hoz létre, amely a gyermekek személyiségfejlődését megterheli vagy károsítja. A későbbiekben a károsodás már nehezen hozható felszínre, legfeljebb a neurózisok esetében bizonyos hosszadalmas, igényes pszichoterápiás módszerek, mint pl. a pszichoanalízis lehetnek alkalmasak arra, hogy a gyermekkori élményvilágot pótlólagosan feldolgozzák, vagy a csoportok hosszan tartó egészséges hatásai képesek serkenteni az elmaradt énfjlődést. A gyermek vagy a serdülő tünete nyomán a kóros család is gyakran kezelhető. Így a családterápia új pszichoterápiás módszere nem csak a gyógyító lehetőségeket gazdagítja, hanem a megelőzés eszköze is lehet.

3. A lelki egészségvédelem (mentálhigiéné) problémája

A megelőzés ígérete a veszélyeztetett vagy károsodott gyerekek gyógyító nevelése. Ennek számos változatát próbálták, kisgyermek részére pl. nagyon beváltak az ún. terápiás vagy pszichoanalitikus óvodák. Ezekben a gyerekekre úgy próbálnak hatni, hogy személyiségük zavarait megoldják és fejlődésüket egészséges irányba tereljék. Az ilyen intézmények általában bevonják és kezelik a szülőket, a családokat is. Sok próbálkozás történt gyógyítóan nevelő iskolák szervezésére is. Néhány próbálkozás (pl. Summerhill stb.) híres lett, de sajnos, a terápiás iskolák sehol a világon nem terjedtek el. Még leginkább a jobbmódúak számára működtetett, válogatottan jó pedagógusokat összegyűjtő iskolák és egyes egyházi szervezetek iskolái tudnak terápiásan fejlesztő hatásokat elérni. Sajnos, hazánkban kisgyermek és iskolások részére alig működnek pszichológiai szempontból kímélő és gyógyító intézmények, pedig ezeknek azért lenne nagy fontosságuk, mert előnyösen hathatnának a gyerekekre anélkül, hogy betegnek minősítenék őket, vagy pedig az iskolához a „javítóintézet” képzete kapcsolódna. A társadalmi beilleszkedési zavarok kutatása (az ún. TBZ-kutatás) is rámutatott a fiatalok mentálhigiéné nevelésének jelentőségére. Csak egyes kezdeményezések (pl. a gyermekfalv vagy a közművelődésben elindult családterápiás program) kelt némi reményt a jövő fejlődésében.

Mentálhigiéné ígéret rejlik a pszichológiai kulturáltság általános fejlődésében. Ez a pszichológiai ismeretek terjedését, bizonyos segítő és kímélő pszichológiai készségek, megértési módok (pl. empátia, emberközi érzékenység, érzelmeteljes és árnyalt kommunikációs készség stb.) széles körű elsajátítását jelenti. Felnőttkorban sem késő lelki értelemben fejlődni, változni. Minden eredményes pszichoterápia segíti a pszichológiai kulturáltság növekedését, mert az abban szerzett készségek és ismeretek kisugároznak a környezetre is. Nagy jelentősége lehet egyszerű pszichológiai technikáknak, amelyek könnyen taníthatók. Jelenleg a relaxációs módszerekben (pl. az autogén tréningben) látunk nagy lehetőséget, ez iskolában is tanítható. Tanítható az érzelmeteljes kommunikáció is, ezt a hátrányos helyzetű gyerekek vagy az emocionálisan fejletlen gyerekek speciális nevelésében fel lehet használni. Hazánkban ilyen a Zsolnai-féle program. Lényegében ilyen programokat tud a ma iskolája nyújtani, ezt is nehezen, ez kevés a súlyosabb károsodások korrekciójához, de általános és távlati mentálhigiéné hatása kedvező, és az egyes gyerekek gyógykezelését is megkönnyít hetik, mert hozzáférhetőbbé teszik őket a terápiás hatások iránt.

Nagyon fontosak az önismeretfejlesztő és speciális készségfokozó csoportmódszerek, köztük a különböző érzékenyítő tréningek. Ezek főleg felnőtt-

tek körében terjedtek el, és közvetlenül azt a célt szolgálják, hogy a bennük résztvevőket alkalmasabbá tegyék az emberi kapcsolatokra, különösen a nehezített, felelős kapcsolatra, min amilyenek a vezetéssel vagy a segítő szakmákkal járnak együtt. Ilyen csoportmódszerek segítségével fejlesztik a különböző önsegítő csoportok aktívait. Az önsegítés mentálhigiéné jelentősége nagy, hiszen így az emberek maguk is képesek egymásnak átadni bizonyos hatásokat, amelyeket korábban leginkább szakemberek (vagy pedig még korábban a természetes és szoros emberi közösségek) tudtak nyújtani. A Nietzsche-féle dilemma egyik megoldása az önsegítő csoportok kibontakozása, a másik a mentálhigiéné maga. Az önsegítő csoportokról a pszichiátria jövőjével kapcsolatos cikkünkben szólunk majd bővebben.

Az önsegítő csoportok nagy előnye, hogy a problémákkal, tünetekkel bíró embereket nem kell betegnek tekinteni. A betegség a pszichiátriában sok szempontból más, mint a testi orvoslásban. A beteg itt másképp beteg. A pszichotikusnak vagy a szervi kórokokból zavartnak nincs betegségbelátása, ezért van szükség gyakran kényszerkezelésére. Az alkoholista nem akar együttműködni a kezeléssel, noha esetleg tudja, hogy beteg, ezért próbálják őt is kényszerelvonásnak alávetni. A pszichopátiás személyiség viszont aligha érzi magát betegnek, míg a neurotikus pedig túlzott mértékben veszi magára a beteg szerepét. A túlzott betegség tudat passzivitást eredményez, nem teszi lehetővé, hogy a pszichológiai kezelés megfelelően aktiválja a beteget. Sok szakember ezért nem tartja szerencsésnek, hogy a pszichiátriai kórképek és problémák a betegség fogalomkörébe kerüljenek. Van olyan nézet, ide tartozik a magyar származású Thomas Szasz felfogása, amely szerint pszichiátriai betegség egyáltalán nem létezik, a társadalom erkölcsi és hatalmi dilemmáit igyekszik elfedni azzal, hogy bizonyos viselkedésformákat betegségnek nyilvánít. Th. Szasz szerint az elmebetegség csupán mítosz. A hasonló nézeteket az antipszichiátria névvel szokták illetni, mert e nézetek szerint a pszichiátriai ellátás elnyomó rendszer, amely arra szolgál, hogy a viselkedés konformitását, szabálykövetését biztosítsa azáltal, hogy a más értékeket és életperspektívákat követőket betegnek minősít. Az ilyen meggyőződésű szakemberek szerint a pszichiátriát el kellene törölni vagy legalábbis lényegesen redukálni kellene, a tényleg beteg emberek ellátására. A szkizofrénia pl. az antipszichiátriai szemléletű szakemberek számára nem betegség, hanem egyrészt a családi rendszer zavarát tükröző állapot, másrészt sajátosan visszahúzódó, befelé forduló életmód. Az antipszichiátria szerint az elmeorvosgyógyászat tehermentesíti a családokat és a társadalmi intézményeket azzal, hogy kivonja, elkülöníti, „címkékkel” – pl. diagnózisokkal – látja el és kezeli (vagyis konformizálja) a beillesz-

3. A lelki egészségvédelem (mentálhigiéné) problémája

kedni nem tudókat vagy nem akarókat. Ezzel konzervatív módon védi a közösségeket és intézményeket. Az antipszichiátria sok túlzó megállapítást tett, túl élesen igyekszik szembeszállni a hagyományos elmeógyászati szemlélettel és gyakorlattal, de nagyon sokban igaza is van, és kritikája nyomán a pszichiátriában sok előnyös változás is bekövetkezett. Így az antipszichiátria sokban hozzájárult a nagy elmeosztályok megszűnéséhez a pszichiátriai betegek személyiségjogainak tiszteletben tartásához a betegek hátrányos családi és közösségi helyzetének felismeréséhez és enyhítéséhez, a betegeket hátrányosan érintő „címkék” elkerüléséhez vagy eltörléséhez. Az antipszichiátria a betegségfogalom használatának és kiterjesztésének kritikájával segítette a mentálhigiénéét is, mert még tovább csökkentette az elkülönítést betegek és egészségesek között, még inkább a magát éppnek érző közösségi struktúrák rejtett zavaraira és patológiáira világított rá.

Ennek az a következménye, hogy a pszichiátriában nagyobb és növekvő ma a laikus, az átlagember illetékessége, viszont a pszichiáternek is növekvő a szerepe és befolyása az emberi viszonylatokban, mint szakembernek, mint segítőnek, mint tanácsadónak. Végző soron ugyanis a lelki egészségvédelem ismeretanyagát és gyakorlatát a pszichiátria szakembereinek kell képviselniük.

4. Mentálhigiéné – prevenció – ellátás

A mentalhigiéné fogalma ma mind gyakrabban szerepel nálunk, sajátos értelemben. Hovatovább új diszciplínaként említjük, mentalhigiéné ellátásról szólnak, és sokan igényelik a mentalhigiéné képzést is, mind posztgraduális szinten, mind pedig a tevékenységben dolgozó aktivisták számára. Egy vizsgálat tanulságai szerint 17 mentalhigiéné posztgraduális képzés folyik ma Magyarországon, amely ad valamiféle igazolást, jogosítványt, diplomát, és mindinkább problematikussá válik az új foglalkozások kompetenciaköre. A Klinikai Pszichológiai Szakmai Kollégium pl. most kezdeményezte is a kompetenciahatárok megállapítását, különös tekintettel a pszichológusok munkájával kapcsolatos érintkezési és elhatárolási kérdésekre.

Számos ellátási formában a szakemberek ma mentalhigiéné szemléletet és gyakorlatot kívánnak. Vannak, akik mentalhigiéné alapképzésről beszélnek különféle szakágakban. Mindez magától értetődőnek látszik számunkra, pedig a szóhasználat nagyon is problematikus. Ez különösen akkor válik szembeütővé, ha e kérdésekről külföldiekkel beszélünk. Megfigyelhetjük, nem értik, mit akarunk, ha a mentalhigiéné kifejezését említjük valamely idegen nyelven.

Olyan nyelveken ugyanis, amelyekben fejlett és korszerű pszichiátriai és pszichoterápiás szakirodalom fejlődött, a mentalhigiéné szó ma alig használatos. A szó ugyanis elsősorban arra a történelmi mozgalomra vonatkozott, amely Clifford Beers nyomán a század elején kibontakozott, és amely az általános higiéné modellje nyomán képzelte el a megelőzést. Ez a mozgalom a két világháború között nagyon befolyásos volt, de már a negyvenes években elvesztette lendületét, és később sok országban elhalványult és eltűnt.

Ennek az az oka, hogy a mentalhigiéné mozgalom nagy reményei megüszültek. A századforduló idején az elmeorvosi ellátásban a betegek többsége megelőzhetőnek látszó kórképekben szenvedett. A szifilisz harmadlagos ideg és elmetünetei, az alkoholizmus és a drogabúzus következményei és a különböző hiánybetegségek miatt kezelték a betegek kétharmadát, háromnegyedét. Az endogén pszichózisokat örökletes betegségeknek tartották, itt az eugenika kínálkozott megoldásként. Néhány évtized alatt kiderült, hogy a szifilisz elmebántalmak számának csökkentésével nem csökken a betegek száma. Az alkoholkérdés prohibícióval nem oldható meg, és az eugenika radi-

kális német megoldási kísérlete, az idült pszichiátriai betegek kiirtása sem fogadható el, csakúgy, mint a nyugati országok gyakorlata, a kényszersterilizálás.

Nem a prevenció eszméje ment tehát ki a divatból, csak az lett nyilvánvaló, hogy a higiéné modellje nem alkalmazható a pszichoszociális jelenségek terén. Kevés egyértelműen és monokauzálisan kezelhető patogén ágens ismeretes ugyanis, amely quasi rendszertileg kiiktatható, mint ahogyan a fertőzést ki lehetett iktatni közegészségügyi rendeletekkel és módszerekkel (pl. egészséges víz, táplálék, megfelelő védőoltás, csatornázás stb. révén).

Így azután a mentálhigiéné mint társadalmi gyakorlat nem tudott kialakulni. A megelőzés gondolata továbbra is fontos maradt, de külön utakon fejlődött. A WHO által is átvett konvencionális osztályozás szerint a pszichiátrián belül maradt a harmadlagos prevenció, és itt foglalkoznak a különféle kockázati csoportokkal, amelyeknek ellátása lényegében a másodlagos megelőzés területére tartozik. Másodlagos prevenció a korai kezelésbevétel is, bár ma már nagyon ritkán képviselik azt a nézetet, hogy ez például nagyobb gyógyulási aránnyal járna együtt. Leginkább a krónikussá válás megelőzését remélik ezáltal, illetve a különféle szövődmények és felesleges konfliktusok, szenvedések küszöbölhetők így ki, a beteget megfelelően kezelésbe és gondozásba lehet venni. Még csak a kezelés hatékonysága vagy gyorsasága sem biztos a betegségek többségében. Ugyanakkor mind a kockázati csoportok követése, mind a korai kezelésbevétel, illetve a megfelelő orvosi kontaktus és gondozás az elmeegészségügy közegészségtana szempontjából rendkívül fontos. Mindez a pszichiátria klasszikus területe, ha a megoldási, ellátási formákat illetően ki is alakultak innovatív szervezési módok, mint erre majd visszatérünk.

Az elsődleges megelőzés inkább valamiféle utópikus cél és kutatási probléma maradt. Sok kísérlet és próbálkozás történik e téren, főleg a pszichiátrián kívül, különböző alkalmazott társadalomtudományi ágakban. Ez elsősorban gyerekekkel és családokkal folytatott megelőző pszichológiai befolyásolás, speciális nevelés és felkészítés, közösségi és csoportviszonyok terápiais, illetve védő kialakítása formájában történik.

Mindezt azonban nem mentálhigiénének nevezik.

A pszichiátriai betegségek ellátásának új módszerei az ötvenes évektől kezdve egyre nagyobb fejlődésnek indultak. A hatékony kezelési módok, majd később a pszichofarmakonok még nyilvánvalóbbá tették, hogy a beteget nem elég gyógyítani; követni, gondozni is kell őket, a betegségből eredő pszichoszociális problémák tömegével is foglalkozni kell. Az új eljárások több gyökérből eredtek. Egyrészt a pszichoanalízis ráirányította a figyelmet a

gyermekkori személyiségfejlődés zavarformáira és ezek megelőzését is kilátásba helyezve terápiás megközelítést kínált, ez mindenféle pszichiátriai betegségben felértékelte a terápiás kapcsolatot és az életproblémák megbeszélését, korrekcióját a gyógyító beszélgetésen át. Másrészt a csoportmódszerek terjedése ígért olyan közeget, amelyben a pszichiátriai beteg megfelelő viselkedési teljesítményszinteken tartható és korrektív hatásoknak tehető ki. A klasszikus elmeorvosozati kezelés stigmája és a beteg izolálódása ellen a közösségi reintegráció lehetőségeit keresték, ennek bizonyos lökést adtak a különféle elmeorvosozati reformmozgalmak, amelyek főleg a kibontakozó szociálpszichiátria keretében indultak meg. Megjelent a családterápia, az önségítés és sok más fejlemény, nem kis részben olyan kihívások következtében, mint a hagyományos elmeorvosozat révén nehezen értelmezhető és terápiásan még nehezebben megragadható drogprobléma a növekvő alkoholizmus, az öngyilkosság, vagy az elmeorvosozati jelenségekkel összefonódó szociális problémák és devianciák sora.

Így jött létre a mai pszichiátriai gyakorlat, amely hihetetlenül bonyolult tarka, változó. A kórházi ellátás visszaszorul, illetve differenciálódik, egyre nyitottabbá válik a közösség felé, a járóbetegellátásban sokféle új asszisztensi (ahogy mi szoktuk mondani még egy évtizeddel ezelőtt is: „középkáderi”) munkakör kapcsolódik be; ma pl. a brit elmeegészségügyi ellátásba különösen szembeűnő a munkamegosztás fejlettsége, de más országokban is sokféle új munkakör van. Sokrétű szerephez jut a klinikai pszichológus, a szociális munkás, a (nálunk még ismeretlen) klinikai szociológus, egyházi intézményekben a különböző szintű pasztorális ellátó és tanácsadó szakember stb. Mind több olyan foglalkozás kap valamilyen pszichiátriai, illetve pszichoterápiás képzést (nálunk azt mondanák: mentálhigiéné képzést), amely betegekkel érintkezik. Egyre több a speciális szolgálat, ebben a laikus, voluntáris munka. Aktivizálni és reorganizálni próbálják a betegek és a problémás emberek közül a közösségeket és csoportkapcsolatokat. Terjed az önségítés különféle formája. Mindebben sok olyan emberi és egzisztenciális problémával foglalkoznak, amely nem mindenütt része a pszichiátriai munkának, amely tünet vagy betegség értékű lehet, és amely így ellátható, esetleg másodlagosan megelőzhető. A nálunk használatos mentálhigiéné fogalma ezekre is vonatkozik.

Komoly hatást gyakorolt az ellátásra a nyugati országokban végbement „pszichoboom”, a pszichoterápiás módszerek terjedése. Ezek bizonyos, a pszichiátria kompetenciakörébe tartozó kórképek, tünetek, panaszok kezelési módjai, de mindegyik megelőzési perspektívát is ígér, és mindegyik azt a re-

ményt kelti, hogy a kezelt ember jobban szembe tud szállni az életproblémákkal, stresszhelyzetekkel. Így az önismeretfokozó és képességfejlesztő egyéni és csoportos tréningmódszerek sokasága terjedt el, életformaműhelyek jöttek létre, korrektív nevelési módszerek stb. Ezek a különféle pszichoterápiás eljárások behatoltak az innovatív ellátási formákba és ott mintegy „tananyagká” váltak, a betegekkel és problémás emberekkel foglalkozókat próbálták velük felkészíteni. Ebből különösen bonyolult viszonyok alakultak ki, egyrészt a különböző terápiás irányzatok differenciális térnyerése figyelhető meg, másrészt a laikus és nem-orvosi, illetve nem-pszichológusi munkakörök fokozódó professzionalizációs tendenciája a pszichoterápia irányába.

Így jött azután létre, hogy ez a gyakorlat ellátásként és megelőzésként, szakszerű segítségként a legkülönbözőbb változatokban jelenik majd meg a világban, kiterjed a lakóhelyi közösség és az iskola klasszikus „setting”-jein kívül a munkahely, a katonaság, a kórház stb. közegeire is, és a korai kezelés-bevételtől a krízisellátáson, a helyi gondozáson át stresszcsökkentő csoportmódszerekig, szervezeti szereprekonstrukcióig vagy szervezetfejlesztésig menően mindenféle kombinációban előfordul.

A pszichiátriai, illetve elmeegészségügyi prevenció témaköre így nemcsak kutatási terület vagy különféle alkalmazott praxisforma, hanem társadalmi szervezési gyakorlat és probléma, amely különféle politikai szinteken is megfogalmazódik és vita tárgya, és amelyben egészségügyi vezetők, államigazgatási szakemberek, közigazdászok, pedagógusok stb. is működnek, szerveznek, vizsgálódnak. Új tudomány az elmeegészségügyi „health promotion”, amely a tömegkommunikáción és a tudatosságon át próbálja a lelki egészség értékeit terjeszteni és fejleszteni.

A fejlett pszichiátriával bíró országokban ezt az egész jelenséget, mozgást az elmeegészségügy szóval fordítható „mental health” fogalommal jelölik (seelische Gesundheit, santé mentale, sanità mentale, saude mental stb.). Ezen belül a legkülönbözőbb kifejezésekkel specifikálják a tevékenységeket és a szervezési formákat. Mindegyikben nagyon sok a párhuzamosság és nagy a szervezeti pluralitás. Nincs egységes nomenklatúra, különböző nyelvekben más kifejezések használatosak, de sok az eltérés az ellátó szervezetekben is.

Nálunk mindaz, ami nem hagyományos pszichiátria, valamiképpen a mentálhigiéné fogalmában sűrűsödött össze. Ennek valószínűleg társadalmi okai vannak. Az ötvenes-hatvanas években fejlődésnek számított az extramurális ellátás és az ideggondozók létrejötte, amelyek már korán bevezették a mentálhigiéné ellátás kifejezését, némileg eufemizmusként, az elmebetegségekkel kapcsolatos előítéleteket kívánván csökkenteni. Később az amerikai közössé-

gi elmeegészségügy (community mental health) modellje nyomán az ideggondozóknak központi szerepet szántak az elmeegészségügyi reformban, amelyet a hatvanas évek végén terveztek, de azután nem valósult meg (ám hozzájárul a gondozók többségének fejlesztéséhez). Mindmáig az ideggondozók széles körű, területi ellátó és gondozó munkáját azonban, részben talán e korszak áramlatai hatására, szívesen nevezik mentálhigiénének. A gondozók jelenléte a területen sok helyen elősegítette a különböző új közösségi ellátási formák csíráinak terjedését, pl. a voluntáris segítség, az önségítés, az öngyilkosságmegelőzés stb. megjelenését; tanácsadások szervezését.

A pszichoterápia nálunk is feszítő erővé vált, és az ideológiai bizonytalanságok miatt sokáig a mentálhigiéné fogalmának védőernyőjét próbálta magára vonni. A neurózisellátás mint megelőzés, a szakemberek felkészítése és az önismeretfejlesztés mint pszichoprofilaxis és mentálhigiéné protektív tényező fogalmazódott meg. A laikus segítség, az ugyancsak ideológiai bizonytalanságokkal körülvelt szociális munka, a nevelési tanácsadók sajátos szervezetei és ebben a pszichoterápia előretörése, a családgondozás és sok más tevékenység számára a mentálhigiéné lett az a konceptuális kategória, amelyben megpróbálta definiálni önmagát, feladatait, sajátosságait, kritériumait és kautéláit.

Ebből nálunk is színes, dinamikus mozgás állt elő, amelynek nagy a fejlődési potenciálja. Hovatovább azonban zavaró, a nemzetközi tudományosságtól elidegenítő lehet a mentálhigiéné fogalmának ilyen nagyon kiterjedt, szinkretisztikus, „kondenzáló” használata. Most már az szolgálná a fejlődést, ha inkább kibontani próbálnánk, mit értünk mi itt a fogalmon, hogyan, milyen folyamatban alakultak ki ezek a jelentések és hogyan lehetne őket elkülöníteni, szétválasztani, átértelmezni és újra osztályozni, definiálni.

Talán egy példa illusztrálja ezt. A mai magyar pszichiátria nagy kihívása az alkohol- és drogproblémák sokasága. Ezeket a hivatalos pszichiátria hosszú ideig elhárítani igyekezett, a saját feladatát csak a neuropszichiátriai szövődmények és a szomatikus függőség kezelésében határozva meg. Így az ellátás elsősorban hospitális, illetve olyan ambuláns formában valósult meg, amelyben a gyógyszeres kezelés volt az elsődleges. Az említett alternatív és innovatív, pszichoszociális módszereket felhasználó ellátások nem fejlődtek ki. Nem alakult ki még a korszerű intézményes rehabilitáció sem. Korai kezelés-bevétel, családterápia, védett szállás és munkahely, önségítés, karitatív szociális ellátás és gondoskodás, tanácsadási és krízisellátási szolgálatok stb. ma olyan követelmények, amelyek nélkül a hazai egészségügy aligha tud tenni valamit, pontosabban, amelyek nélkül a társadalom aligha tudja csökkenteni e probléma terhét. A drogok fenyegetése ezeket az ellátási formákat még in-

kább szükségessé teszi. Mindez új szervezeteket, új gyakorlatot kíván. Ma mindezt hajlamosak vagyunk a mentálhigiéné fogalmába sűríteni, és így mentálhigiéné szemléletet és praxist kívánunk az alkohol- és drogbeteg ellátásban. A hatékony szervezéshez és előrelépéshez azonban szét kellene bontani a problémát, meg kellene keresni a különböző vetületek denominációit, már csak azért is, hogy megtaláljuk a nemzetközi szakirodalom megfelelő hívószavait. Óriási szükség lenne itt elméleti tisztázó munkára.

Jelenleg a mentálhigiéné a progresszió, a komprehenzív ellátás, a szociálpszichiátriai és pszichoterápiás szemlélet szinonimája a magyar pszichiátria szóhasználatában. Ami e téren igény, elképzelés, kezdeményezés, az általában nagyon értékes, hasznos. Ám sajnos mindez nem ment fel bennünket az alól, hogy a klasszikus elmekórtan és a most gyors ütemben kibontakozó biológiai és farmakoterápiás pszichiátria mellett kimunkáljuk a pszichoszociális pszichiátriát is, szervezeti háttérével, elméleteivel és koncepcióival is, ha úgy tetszik, azt, amit most mentálhigiénének mondunk. Ezen belül kell majd szembenéznünk azzal az érdekes kihívással, problémával, hogy van-e, milyen jellegű és tartalmú a prevenció, hol tud a személyiség és a szociális kapcsolatok hálózata aktív, védő tényező lenni a lelki egészség érdekében. Az alkohol, a drogok és általában a kémiai anyag-abúzusok terén bizonyosan, és talán a depressziók egy részében is.

5. Az elsődleges megelőzés lehetőségei és módszerei a korai gyermekkorban (a lelki egészség szempontjából)

A korai primer megelőzés az egész egészségügy egyik sarkalatos kérdése, valójában a modern orvoslás egyik fő óhaja és ideális célkitűzése. Csak az a gond, hogy ma erre nagyon kevés esetben nyílik lehetőségünk. Elsődleges prevencióról ugyanis csak akkor beszélhetünk, ha a kócnemző hatást vagy akár a polietiológiás vagy multifaktoriális kórokozó tényezők egyikét távol tudjuk tartani a szervezettől. Sajnos, ma sem elegendőek az ismereteink a betegségek geneziséről, de gyakran az ismert kórok kiküszöbölésének módszertanát sem tudjuk. Nem is eléggé tisztázták a fogalmak e téren. A második világháború után a WHO kodifikálta az elsődleges, a másodlagos és a harmadlagos prevenció osztályozását, a másodlagos kategóriába vonva a veszélyeztetett vagy kockázati csoportokra irányuló hatásokat. A harmadlagos megelőzésbe nyilvánvalóan belemosódott a korai kezelésbevitel, a relapsus vagy recidíva megelőzés, a ma ártalomcsökkentésnek (harm reduction, harm minimisation) nevezett megközelítés és a szakszerű rehabilitáció és reszocializáció. Már a hetvenes években látható volt, hogy ez az osztályozás és fogalmi megközelítés nem segíti elő a megelőzés gyakorlatának fejlődését, inkább egyfajta elméleti rendezőelv. A mögötte rejlő modell ugyanis nagyon szűk, a noxa, a vulnerabilitás és az organizmus változóival dolgozik, és ez a valós viszonyok összetettségével szemben meglehetősen erőszakos absztrakció. Lényegében a közegészségtan nagy prevenciók vívmányai nyomán történik benne az elvonatkoztatási folyamat, a vakcináció, az aszepszis, a klasszikus higiéné lényegi mozzanatai adják ehhez a mintát. A valóságban azonban a megelőzés legtisztább eseteiben sem egyszerűsíthető a dolog a környezet és az organizmus viszonyára. Az emberi szervezet az emberi magatartáson, tehát az emberi személyiségen át érhető el, ha a hatás nem a természetes, ill. ökológiai környezet állandó változója, hanem valamilyen külön medicinális beavatkozás, a személyiség közvetlen emberi kapcsolatok, csoportrelációk befolyása alatt áll, ill. a társadalom szociokulturális erőterében jelenik meg. Ilyen értelemben pl. az ólomexpozíció vagy a radioaktív szennyezettség természetes, ökológiai elem, viszont a védőanyag bevétele, védőoltás elfogadása, a megelőzést

5. Az elsődleges megelőzés lehetőségei és módszerei a korai gyermekkorban

szolgáló tennivalók végrehajtása már nem az, abban olyan körülmények a döntők, mint a kötelezés, a csoportnyomás, a kognitív készenlét, vagy éppen bizonyos ellenmotiváló feltételek (pl. bizonyos vallásos szekták, babonák hatása, táplálkozása és viselkedési tradíciók szerepe stb.) hiánya. Ha a klasszikus higiéné példáit vesszük, a sikerek háttérében kétségtelenül a tudományos felismerés a lényeg, ami a megelőzést lehetővé teszi, de társadalmi, lakossági méretekben a hatóanyagok és eszközök ipari előállítására, a szükséges szakemberek kiképzése, a törvények és rendeletek megalkotása és betartatása stb. igazán döntő. Nem véletlenül említjük pl. a radioaktív, ill. a környezet-szennyezési veszélyeket; bármilyen világosan is látjuk ezek kóroki szerepét, ma elképzelhetetlen, hogy a tifusz vagy a himlő analógiája szerint próbáljunk védekezni ellenük. Máskor súlyos etikai gondok merülnek fel, mint pl. az örökletes ártalmak egyes eseteiben.

Bonyolultabb modellekre van tehát szükség, és így került előtérbe ma az egészségmagatartás fejlesztése, a személyiség egészségvédő aktivitása, ill. az egészségmegőrzés, mint társadalomlélektani, ill. társadalmi-szervezeti tevékenység. Így kerül ma nagyobb hangsúly a család és a rokonsági rendszer, a lakóközösség az iskola vagy a munkahely, ill. az élet adminisztratív kereteit adó társadalmi szerveződések aktiválására. Ezen belül igen lényeges mozzanat a közvetlen aktív segítség, támogatás egymásnak, különösen a rászorulóknak, főleg a személyiség, a magatartást és életvezetést vezérlő pszichológiai szisztéma erősítése, fejlesztése céljából.

Bármilyen tényleges megelőzés kerül szóba, ma elsősorban ezekben a pszichoszociális összefüggési modellekben próbálnak gondolkodni és cselekedni a szakemberek. Sok felismerés mutat a korai, elsődleges megelőzés jelentőségére, kezdve a kisgyermekkorai fertőzésektől az anyagszerevezavarok, kardiovaszkuláris betegségek kórfolyamatainak kisgyermekkorai előzményeiig. Érdekes új szemléletmód az ún. eufenika, amiről a magyar nyelvű szakirodalomban főleg Czeizel Endre munkái nyomán találunk adatokat. Ám mindezek az ismeretek egészségnevelési kampányok, családokra és közösségekre ható befolyások, óvodákat és iskolákat érintő rendszabályok stb. kereteiben válhatnak a megelőzés alapjává.

Az egész kócai prevenció kérdését teljes összetettségében az ún. mentálhigiéné, a lelki egészségvédelem mutatja. Egyrészt itt kialakultak biztosnak látszó felismerések megelőzhető környezeti ártalmakról, amelyek a gyermeki pszichikumot, mint valami passzív mátrixot, mint valami biopszichológiai vagy még inkább neurobiológiai rendszert érik. Másrészt elméletek jöttek létre a károsodások fejlődéstani helyértékéről, szerepéről. Rá lehetett továbbá

5. Az elsődleges megelőzés lehetőségei és módszerei a korai gyermekkorban

mutatni a közvetlen ágensekre (anyára, családra, intézményekre, segítő hivatásokra, szükséges intézkedésekre stb.). Így az elsődleges megelőzés a mentálhigiéné terén komoly ígéretté vált. Ehhez elsősorban a pszichoanalízis befolyása járult hozzá. A pszichoanalitikus elmélet tüntette fel determinánsként az iskoláskor előtti korai gyermekort a pszichés zavarok legtöbbszörrel illetően. Az Ödipusz-komplexus elmélete főleg a pszichoszexuális fejlődés ún. fallikus fázisát mutatta be mint sérülékeny időszakot, de csakhamar az ún. pregenitális korszak került a figyelem előterébe (orális és anális fázis, az ún. uretrális jelenségek), sőt Melanie Klein és mások munkái nyomán a preverbális időszak eseményei, azaz az első három életév; később ide helyezték a súlyosabb magatartászavarok, mint pl. a szkizofrénia vagy a pszichoszomatikus kórképek eredetét. Egész sor elméleti fejlemény erősítette ezt meg, a Winnicott-féle tárgykapcsolati elmélettől Kohut nárcizmus-teóriájáig. E korszakra tekint Mahler, Kernberg és több más neves szakember felfogása is.

Érdekes módon a pszichoanalitikus elméletből elsődlegesen nem fejlődött ki preventív megközelítés. Bármennyire is kidolgozható volt ilyen lehetőség teoretikusan (lásd pl. Fenichel 1946, ill. Rapaport 1960 összegzését a fixáció, ill. a regresszió szerepéről, ill. az adott libidófejlődési szakasz specifikus ingerigényeinek kielégítetlenségéről vagy túlstimulációjáról), még nem jött létre igazi megelőzési elképzelés. Kellott a humánológia megjelenése ehhez. Már a húszas évektől Rudolf Bruun, Zimmermann és mások vizsgálatai felkeltették az analitikusok érdeklődését (erre jó példa az a hatás, amely a magyar Hermann Imrét *Az ember ősi ösztönei* című könyvének megírására ösztönözte). René Spitz, majd John Bowlby hatására terjedt el az első életév ún. kritikus korszakának eszméje, amely szerint a személyiség tartósan sérül, ha nem kapja meg a legelső specifikus ingert, a személyes törődést és testi kontaktust, az anyai törődést, szeretetet. Harlow híres kísérletei nemcsak a káros hatások mértékét mutatták (az állatkísérletben lehetséges radikális izolációs helyzeteken át), hanem az adott korszakban már nagyon fontos viselkedéstani gondolkodásmód jegyében szinte tényezőkre tudta bontani az ingerszükségletet.

Különösen Bowlby (1951) nyomán terjedt el a nézet, hogy a megfelelő anyai viselkedés részben elősegíthető, részben (erre Spitz is rámutatott, ill. a Harlow-kísérletek tanulsága is ez volt) szubsztituálható. A gondozó, nevelő személy mintegy programozható az anyai viselkedésre. Így az ún. duálunió, az anya-gyermek kapcsolat (motherly bond, attachment) kialakítható, és a személyiség – a kisgyermeki személyiség – befogadóvá válik a freudi libidófejlődési fázisok ingerei számára, míg ha az első életévben károsodik, akkor

5. Az elsődleges megelőzés lehetőségei és módszerei a korai gyermekkorban

ezekre nem lesz fogékony, és akkor a serdülőkor idejére a felnőtt szerephelyzet elkezd dekompenzálni, létrejön a pszichózis vagy pszichoszomatikus megbetegedés.

Rendkívül sok kutatást és próbálkozást ösztönöztek ezek a gondolatok; már a hetvenes évek elején komoly kételyek merültek fel az alapképlet helyességét, vagyis az első év(ek) determinatív szerepét illetően (pl. Rutter 1972). A korai depriváció, vagyis ingermegvonási helyzet – ellensúlyozásának hatékonyságát mindenesetre nem sikerült bizonyítani. Ugyanakkor mind több adat gyűlt össze, amely mutatta, hogy általában a korai időszak meghatározó szerepe nagy. Ha az anyai viselkedés, a családi légkör nem megfelelő, halmozódnak a korai és a későbbi magatartászavarok. A depriváció elhárítása, ill. az anyai családi károsító hatások kivédése azonban – úgy látszik – nem vált bizonyítható módon valósággá, ezt egyértelműen nem sikerült igazolni. Eisenberg (1984) kissé kesernyésen mutat rá, hogy csak az igazolódott egyértelműen, hogy a csecsemő gondos szomatikus ellátása és lelkiismeretes orvosi kezelése komoly mentálhigiénés tényező, ugyanis a különböző interkurrens betegségek elhanyagolása központi idegrendszeri, ill. érzékszervi károsodásokat okoz, és ezek mint későbbi hátrányok, a fejlődést visszafogják és pszichés zavarok kiindulópontjai lehetnek. Ismeretes a minimal brain disorder, az attention deficit disorder és a többi, organikus mentálhigiénés felfogás, amely lényegében a fenilketonuria modellje szerint próbálja értelmezni a pszichés zavarokat és megelőzésüket. A mai pszichiátriai irodalom teli van pl. (lásd *British Journal of Psychiatry*, *American Journal of Psychiatry*) kutatási beszámolókkal, amelyek pl. influenzajárványok okozta magzati idegrendszeri ártalmakra vezetnek vissza a szkizofrénia kialakulását. Kétségtelenül igen látványosak azok az orvosi szociológiai elemzések, amelyek párhuzamot állítanak a társadalmi réteghelyzet és a pszichés zavarok gyakorisága között. A régen ismert párhuzam (Buda 1972) ma elsősorban olyan értelmezést kap, hogy az alsó rétegek nagyobb pszichiátriai morbiditása a kora gyermekkori, ill. a kisgyermekkori neurobiológiai elhanyagoltság, ill. differenciális morbiditás következménye.

Mára olyan bonyolulttá váltak e kérdéskörben a tudományos adatok és felfogások, hogy jóformán nincs már a szakirodalomban szintéziskísérlet. Egy bizonyos, az anyai törődés szubsztitúciója nem látszik járható útnak az elsődleges megelőzésben, és egyelőre semmi sem mutat arra, hogy a korai ingerhiányok vagy traumák determináns szerepet játszanának. Ami mellett érvelni lehet, az az, hogy a gyermekkoron áthúzódó deprivációs folyamatok, huzamos ingerkonstellációk hatnak károsítóan. Így pl. az ún. túlkötés, amely az öt-

5. Az elsődleges megelőzés lehetőségei és módszerei a korai gyermekkorban

venes-hatvanas években nagy figyelmet kapott a pszichoanalitikus irodalomban, akkor tűnik kórnemzőnek, ha egészen a korai tizenéves korig tart. A korai időszak ártalmait a későbbi fejlődési fázisok optimális ingerviszonyai ellensúlyozni tudják. Ezt lényegében már Freud is felismerte, így – és ezt a klinikumban is láthatjuk – néha komoly deprivatív vagy stresszterhelő helyzetek (pl. az anya átmeneti hiánya, súlyos betegsége, korlátozottsága, a gyermek rendellenes ingerlése stb.) kisebb-nagyobb tüneti következmények fejlődési leküzdésén át ellensúlyozhatók, ha később a körülmények megfelelőek. Igen érdekes dolog, hogy az utóbbi években hangsúlyossá vált gyermekkori szexuális abúzus kérdése újra előtérbe hozta a korai traumák, ill. a genetikusan homogén (bár legtöbbször nem izoláltan, hanem hosszú időfolyamatban és ismétlődően jelentkező), traumatikus hatások kórnemző szerepét. Igaz, hogy ez az ártalomtípus nem a valóban korai életszakaszra, hanem inkább az ún. látencia-szakra vagy a preadoleszcens időszakra vonatkozik.

Elméletileg, szemléletileg bonyolítja a helyzetet a biológiai érés nagy jelentősége a korai szakaszban, amely végül is az imprinting, a bevésődés, a kritikus periódusok – akár a rudimentális, a neurológia ismert Jackson-féle modelljének megfelelően a „neocortex” által elnyomott formában is létező – szerepét nem teszi kizárhatóvá. Ugyanakkor a biológiai érés szubsztrátumának károsíthatósága sem zárható ki, pl. a már említett virális vagy bakteriális, a központi idegrendszerre ható interkurrens betegségeken át.

Mindenképpen azonban jól látható, hogy az egész gondolatkör primer prevenciók felhasználása, alkalmazása nagyon sokrétű társadalmi folyamatokon át történhetne csak meg. A szülők családi, rokonsági, társas kapcsolati, közösségi segítségre, támogatásra szorulnának a kisgyermek első életéveiben, hiszen ma jól tudjuk, hogy nem csak az anya megterhelése óriási ebben a korszakban (és különösen a modern nő él át ebben a korban maga is neurotizáló, megbetegítő deprivációs állapotot, mint erre a feminista áramlatok is rámutatnak, és mint erre a posztpartális, puerperális depresszióra, ill. „gyes-neurózisra” vonatkozó epidemiológiai vizsgálatok is utalnak), de a házastársi kapcsolat is komoly megterhelés alá kerül. (Ammon [1980] szerint éppen ezért nem az anya-kisgyermek kapcsolatnak kell a figyelem középpontjában állnia a gyermeki személyiséget érő károsodások vonatkozásában, hanem az ún. primer csoportnak – szülőpár, család, szoros családi, rokoni, ill. baráti kör és a gyermek relációja az érdekes.) Nyilvánvaló, hogy a valódi elsődleges prevenció olyan akciókat igényelne, mint a szülői szerepre felkészítés (mégpedig nem a szokott „egészségnevelői” módon, tréningmódszerekkel, vagy „awareness raising” technikákkal, hanem „empowerment”, „efficacy enhancement”

5. Az elsődleges megelőzés lehetőségei és módszerei a korai gyermekkorban

és más, újabb módszerek formájában, különös tekintettel az empátiakészségre, annak mindenféle ismert értelmében, beleértve a Kohut-féle szülői empátiakészséget is), a pác és a család támogatása a terhességi időszaktól kezdve (az ismert különféle szakszerű, professzionális szakembereket is érintő, ill. önszervezéses és önkéntes segítséges formákban), a kisgyermekes szülők számára hozzáférhető tanácsadások, tréningek és terápiák különböző formái, a szorosabb védőnői és gyermekorvosi ellenőrzés és ellátás stb.

Eddig elég kevés történt szervezett formában e téren, inkább az élet produktív változásokat, pl. spontán terjedt el az anyai viselkedésre magas fokban képes, és a gyermekekkel törődő apai magatartásmód, az együttműködés, amelynek mindenképpen van komoly valós és szimbolikus értéke a gyermekvállalásban, a gyermeki személyiség fokozott tisztelete, a szoktatásos, ill. dresszírozó nevelési módok divatjának lanyhulása (és olyan koncepciók terjedése, mint amilyen pl. a „kompetens csecsemő”) stb. Igazában azonban azt kell mondanunk, hogy elsődleges megelőzés a lelki egészség terén általában is alig alakult ki, és ebben a korai megelőzés nem vált alapvetővé vagy centrálissá.

Mіндеz nem jelenti, hogy a kérdés ne lenne továbbra is fontos és aktuális. Lehet, hogy az érintőlegesen említett társadalmi mozgások szummálódnak, és lehet, hogy csakhamar áttör a nevelésre, gyermekvállalásra irányuló „natúrális” jog feladásának hajlama vagy ésszerű befolyásolásának, korlátozásának törekvése és így teret nyer a felismerés és a mentalitás, hogy a kisgyermekkel való foglalkozás, törődés nagyobb figyelmet érdemel, ill. hogy a kisgyermekes család állapota általában fontos, és ennek optimalizálása lényegében preventív érdek. Itt is látszik azonban, hogy kevés a kisgyermek-szülő vagy kisgyermek-család reláció, az elképzelhető programok és praxisok nem csupán a gyermek érdekét képviselnék, hanem a család többi tagját (pl. a többi gyermeket) is, és nyilvánvalóan nem szűkülhetnének be a korai prevencióra, hanem ki kellene terjedjenek a későbbi gyermekkorra, az ún. ödipális, majd a látencia-korra, amikor a mintaadások és magatartási séma-differenciálódások, a viselkedési „forgatókönyvek” (scriptek) kialakulása folyik, amikor a gyermeki személyiség már mind fontosabb önálló tényező az őt érő ingerek befogadásában és feldolgozásában.

A korai prevenció tehát a pszichikus síkon, a mentálhigiéne vetületében nem kellően tisztázott, de ugyanakkor kétségtelenül érdekes és fontos, és mindenképpen szükséges lenne az itt felhalmozódó sok adat összegzése, a korai gyermekkorral és az ilyen gyermekeket nevelő családokkal foglalkozók tapasztalatának megvitatása, a megelőzési programok áttekintése és értékelése, talán a további kutatás is.

6. A magyar mortalitási és morbiditási helyzet néhány szociálpszichológiai tényezője

Az elmúlt héten véletlenül megismerkedhettem egy fegyelmi vizsgálat anyagával. Sebész ellen folytatták a vizsgálatot, aki térdműtétet hajtott végre, ám a műtét viszonylag előrehaladott állapotában kiderült, hogy az egészséges térdet nyitotta meg a másik térdet kellett volna operálnia. Visszavarrta a képleteket, majd nekifogott a beteg térd műtétének, amit azután sikeresen be is fejezett.

Akik a hallgatóságból orvosok, tudják, hogy ilyesmi előfordul. A századforduló egyik híres német sebésze – ezt medikusoknak általában el szokták mondani – orvostanhallgatók előtt, tanteremben operált, amputációt mutatott be, és véletlenül (ha szabad „macabre” módon tréfálkozni e komoly témán, mondhatnánk: elsőnek, illetve előszörre) a beteg jó lábát vágta le...

A mi betegünk esete érdekesen alakult. Ő napirendre tért volna a dolog felett. Előfordul az ilyesmi, mondta ő is, már a vizsgálat során. A vizsgálatot rivális kollégák kezdeményezték. Maga a vizsgálat is érdekes, hiszen az operáló orvos természetesen arra hivatkozott, hogy az előkészítés volt a hibás, az asszisztencia a kipreparált műtéti területet tárta elé, ő jóhiszeműen kezdte a műtétet. Team-munkában a felelősség kérdésének általában érdekes jogi és etikai vetületei vannak, amit ez esetben is érdemes lenne végigelemezni, de most nem ez a dolgunk.

Az eset érdekessége számomra a beteg türelme. Ezt nem először tapasztalom, erre évtizedek óta rácsodálkozhatok orvosi gyakorlatom során. A betegek a legkirívóbb hibák, mulasztások esetében is ritkán tesznek panaszt. Ha panasz van, az szinte mindig a megkülönböztetően durva bánásmód és az ennek nyomán előálló kommunikációs zavar miatt következik be, néha akkor, amikor valamilyen hiba is történik. Egyébként a magyar beteg mindent elvisel.

Sok minden rejlik ebben az attitűdben, a kisember viszolygása a hatóságoktól, ahol általában nem kap igazat, a nemzedékeken át kialakult szubmisszív társadalmi tartás, a beteg léthelyzet lélektani regressziója, de a hazai orvoslás és orvos-beteg reláció erős tekintélyelvűsége is. A betegek racionalizálnak, reakciójuk Ervin Goffman, David Matza (techniques of neutral-

ization), vagy Lyman és Scott (accounts) koncepcióival és módszereivel lenne jól leírható. „Csak az nem követ el hibát, aki nem dolgozik”, mondják, vagy „a lónak négy lába van, mégis...” stb. (amihez ismét némi akasztófahumorral, esetünk tárgykörében maradva azt tehetnénk hozzá, hogy az átlagbetegnek viszont csak kettő...).

Megítélésem szerint a betegek toleranciája és beletörődése fontos szociálpszichológiai tényező a magyar egészségállapotban. A magyar egészségügy ugyanis már régóta igen rosszul működik, ez a mortalitási és morbiditási helyzet egyik lényeges tényezője és ennek egyik fenntartó eleme ez a lakossági attitűd ill. viszonyulás, a fogyasztók, valamint a felhasználók felől jövő kritikus feedback hiánya, ill. könnyű elnyomhatósága.

Ezt így kevesen fogalmazták meg, Losonczy Ágnes a kiszolgáltatottság koncepciójába ugyan ezt nyilván beleértette, de a kiszolgáltatottság túlzottan a rendszerre, az egészségügyi szervezetre helyezi a hangsúlyt. Ez alapján igaz, hiszen tudjuk, hogy az egészségügy vezetői a rendszer különösen jól integrált részei voltak (ez a hálapénzkérdés egyik kulcsa is), akik a szociális hatalommal összefonódva hatékonyan el tudták fojtani a kritikákat, a beteg egyszerűen nem kaphatott igazat. De azért volt sok százezer állami, közigazgatási és pártvezető és annak megannyi családtagja, rokona és barátja, aki azért ismerte a rendszert és tudta, hogyan lehet mégis kritikát gyakorolni anélkül, hogy a szocializmus nagy vívmányára, az ingyenes és legmagasabb szintű, mindenkinek kijáró egészségügyi ellátásra ne vessen rossz fényt, hanem csak X.Y. elvtárs, ill. doktor úr hanyagságát tegye szóvá, éppen a dolgozók jobb ellátása érdekében... Még ha csak ezt a kb. egymillió – politikailag integrált – lakost vesszük figyelembe, és még ha ezt kiegészítjük azzal, hogy a fontos betegek esetében előre igyekeztek „szólni”, és ezeket az egészségügyben általában kivételezett figyelemmel látták el, a negatív reakciók száma akkor is nagyon kevés. A magam megfigyelési körében nagyon sok politikai VIP, sőt orvos és orvos-hozzátartozó sérelmére történt hibáról és mulasztásról tudok, ami felett éppúgy napirendre tértek, érdekes módon még az orvost, ápolónőt mentegető kijelentésekkel –, mint ezt Mari néni vagy János bácsi szokta tenni, vidékről.

Mindezt, és ennek másik oldalát, a hibák és mulasztások egyén és társaslélektani anatómiáját tanulmányozhattam körzeti orvosok és szakorvosok Bálint-csoportjaiban és továbbképzési szemináriumain egyéni konzultációkban és a most már több százra tehető orvos-páciens pszichoterápiája során. Hiba lenne azonban itt csak az orvosokban vagy ápolónókban gondolkodni. Itt a rendszer volt elsődlegesen a rossz, hihetetlenül gyenge szervezés mellett,

rossz ellenőrzési és munkahelyi légköri viszonyok mellett, paradox érdekelt-ségi körülmények között (lásd ismét a hálapénzt) dolgozott az egészségügy, a magas pártkörökkel összefonódott vezetők kiskirályok voltak, akik mindent megtehettek (ismét élcelődve a komoly témán, Csák Mátéhoz hasonlóan! pallosjoguk volt és „pénzt verethettek”, illetve a kor nagy vicce szerint: a trambulinról is csinálhatták azt, amit az uszoda vizében legtöbbször csendben azért el szokott követni...).

Azt azonban, hogy az egészségügy rosszul és az entrópia törvénye szerint mind rosszabbul működik, és hogy e rossz működés a mortalitási és morbiditási helyzet lényeges része, nem lehetett kimondani, és még ma sem ildomos hangoztatni (ma ugyan lehet a régi viszonyokat kritizálni, ha hozzátesszük, hogy a jelenlegi vezetés még nem tudta a régi mulasztásokat helyrehozni), de azért a hivatalos álláspont inkább az, hogy a nehéz helyzetben ne rontsuk a betegek bizalmát, ne bántsuk meg azokat az orvosokat, akik a nehéz körülmények között is rendesen dolgoznak. De nem is könnyű argumentálni, hogy az egészségügy működése nem megfelelő, hiszen ez viszonyítás kérdése. Nyilvánvalóan igazságtalan a viszonyítás a gazdag nyugati országokhoz, de nem fair Romániához vagy Albániához sem hasonlítani magunkat. Az mindenesetre sokat mond, hogy a felnőtt lakosság várható halandósága nálunk még e két elmaradott kelet-európai országnál is rosszabb. Az is elgondolkodtató, hogy bizonyos rutinműtétek halálozási aránya is rosszabb nálunk, mint másutt (egynéhány év előtti közlemény szerint pl. a vakbélműtété). Ismert, hogy az alapellátás hatóköre milyen csekély, ugyanakkor igénybevétele, főleg igazolások, táppénz és gyógyszerfelírás miatt, milyen nagy. Éppen arra irányul a reform első lépése, hogy a háziorvosnak ne kelljen minden beteget továbbküldenie, hanem diagnosztikailag és terápiásan mind több beteget tudjon ellátni. Nem jó az idült betegségek gondozása. Nem jó a palliatív és terminális ellátás, látjuk, hogy nagyon sok beteget idő előtt „feladnak” és a beteg is „feladja magát”, és ebben a családnak is asszisztál (a pszichoszomatikus irodalomban „given up – giving up” szindrómának hívják ezt a helyzetet). Gyakran tapasztalunk olyan viszonyulást, mint Maupassant normandiai novelláiban olvashatunk, hogy a család már türelmetlenül várja a súlyos beteg halálát, hiszen annyi más dolga lenne, meg a halotti tort is illene megkezdeni, maga a beteg is szégyenkezik, hogy ő mennyi bajt csinál. Valószínűleg mortalitási súllyal bír, általános egészségügyi statisztikai értelemben is az az öngyilkossági hányad a sok magyar önpusztítási eset közül, amely az egészségügyön, az orvosláson belüli betegek körében következik be. Ezt mindenképpen a pszichológiai-pszichiátriai ellátás hiányaként kell értelmeznünk. De általában is rossz a betegek köz-

érzete, együttműködése. Balló Róbert tanulmányai az elmúlt évtizedben arra hívták fel a figyelmet, hogy a táppénz igénybevétele torz szerkezetet mutat, a közhiedelemmel és a régi jelszavakkal ellentétben éppen kevesen és nem a legrászorultabbak vannak táppénzen és így kezelésben. Számos idült betegség ismert prevalenciája alacsonyabb, mint a várható arány (a nemzetközi morbiditási adatok szerint), és ez a felderítés és a kezelésbevitel hiányosságát tükrözi.

Az ismert orvosi szociológiai megközelítésmódok is olyan összefüggésre világítanak rá a magyar lakosságban, amelyek szociálpszichológiai jellegűek és irracionális természetűek, mint az említett belenyugvási kedv és fatalizmus, ill. a kezelés, ápolás minőségkontrolljával kapcsolatos igénytelenség (valamint az azzal kapcsolatos, ugyancsak eléggé irracionális és diszfunkcionális fizetési, illetve dotációs hajlandóság, lásd ismét a hálapénz speciális problémáját nálunk). Szembetűnő pl. bizonyos betegségkategóriákban az egészségügy igénybevitelének alacsony szintje, amely nincs összefüggésben a hozzáférhetőséggel (hacsak a nagyon hosszú és kényelmetlen várakozási időket nem tekintjük) sőt, a pár évvel ezelőtt sokat emlegetett évi 150 millió orvos-beteg találkozással egyenesen kontrasztban van (nem kell mondani, miért: ha már elmegy valaki az orvoshoz; akkor igazán foglalkozhatna a valódi bajával is...). Feltűnő a megelőzéssel és ez egyes betegségek kórokaival és kezelésmódjával kapcsolatos lakossági ismeretek aránylag magas szintje, amellyel szemben áll az ismereteknek nagyon nem megfelelő általános viselkedés. Ezt táplálkozási vonatkozásban, élvezeti cikkekkel való abuzív használat (alkohol, dohány), gyógyszeresedés, kondom igénybevétele, compliance stb. vonatkozásában látjuk. Már ez is sokat megmagyaráz a hazai egészségügyi helyzet szomorú állapotáról.

Valószínű hogy nagyon rosszul állunk általános társaslélektani, a „health psychology” körébe tartozó készségeinkkel is, amelyek a megbetegedésekkel szemben és a megbetegedésekben védelmet jelenthetnének. A motivációs szférára mutat ez, hiába tudjuk, hogy mi az egészséges, milyen kémiai anyagokat kellene elkerülnünk, mozognunk kellene, le kellene fogynunk, le kellene lassítanunk „stresszfogyasztásunkat” stb. – Nem így járunk el. Egy-egy ember több ilyen egészségi mulasztásban, viselkedési hibában „ludas”, valószínűleg ezeket nem lehet egyenként vizsgálni, vagy befolyásolni. Az orvosi szociológia ma komplex, clusterszerű összefüggéseket keres e téren, és ezeket az összefüggéseket már nemcsak az egyénbe allokálja (és ezáltal is elkerüli az egészségmegőrzés terén régóta helytelennek tartott „victim blaming policy”-t), hanem annak párkapcsolatába, családjába és közösségi viszonyaiba is. Aaron

Antonovsky pl. a „sense of coherence” fogalmában egyenesen feltételezi, hogy az egészséghez bizonyos lelki készenlét kell, mert enélkül a személyiség átadja magát a betegségnek, ill. nem érdekelt az egészség fenntartásában. A társas támaszrendszerek jó működése ezt sokban segíti, hozzájárul ahhoz, hogy a testi és viselkedési egészségállapottal kapcsolatos élményeknek meglegyen az érthetősége, prediktabilitása, énreleváns jelképes és valós értelme, és az állapottal kapcsolatosan a kontroll érzése. Számos más koncepció is található a szakirodalomban, pl. a locus of control elv, amely a kívülre helyezett élmény és eseménykontroll esetében általában csökkent stressz-toleranciát és megbetegedési hajlamot talál, vagy a Jerome Frank által leírt, demoralizációnak nevezett jelenség, hogy a beteggé válás (akár valós, akár neurotikus értelemben) akkor következik be, ha a belső fegyelem, magatartásorganizáció felhagy, a saját léthelyzet értelmetlenségének, reménytelenségének elfogadásával a személyiség felhagy a lélektani, motivációs szempontból „költséges” tartásával, pl. azzal, hogy itlnak, drognak ellenáll, megpróbál leszokni, nem akar dohányozni stb.

Sajnos, olyan adatunk hazai kutatásokból, amelyek ilyen összetett közelítéssel próbáltak volna vizsgálni, nincsenek, így csak következtetni tudunk. Az a nagy elbizonytalanodás és dezorientáció, ami az elmúlt évtizedekben jellemzővé vált a magyar lakosságban és felfokozódott a „kompország” jelleggel fogva, a nyugati konzumtársadalom értékeinek felülvizsgálatlan átvétele, a nagyfokú társadalmi anómia, a „gulyáskommunizmus” által nyújtott semmi, ill. illegitim lehetőségek igénybevétele a konzumértékek és nyugati életminták érdekében, az ezzel összefüggő „önkizsákmányolás” stb. mind arra engednek következtetni, hogy nálunk rossz a társaslélektani közérzet és egyensúlyállapot. Sajnos, ezt most szakszerűbben és operatívabb módon nem tudjuk megragadni.

Van egy fordított, csavart megfigyelésem, ami ugyancsak ezt a konklúziót húzza alá számomra. Mint ahogyan a nagyfokú magyar fatalizmust a térd-műhiba eset illusztrálta számomra, ezt is friss tapasztalattal tudom megvilágítani. Ugyancsak ennek a hétnek terméke, hogy a rádió – valamilyen ismeretterjesztő műsorához – rövid interjút kért tőlem. Azt kérdezték, hogy lehetséges az, hogy egy gyógynövény-ismertető kötet (sajnos a szerző nevét és a könyv címét nem jegyeztem meg, de ez talán most nem is annyira érdekes) nálunk egymillió példányban fogyott el, holott egyébként azt lehet tudni róla, hogy a külföldön is népszerűnek mondható könyv, amely 10 évvel ezelőtt jelent meg és összesen 17 nyelven adták ki, összesen még hárommillió példányban kelt el másutt. Mi az oka, hogy nálunk ilyen nagy a kereslet ilyen könyvek iránt?

A válasz ide, mostani témámhoz vág. Nem tudom, hogy valóban ennyi példány elfogyott-e, szerintem 100.000 példány is nagyon figyelemreméltó lenne és másik 16 nyelven a hárommillió kötet – ismerve valamelyest a világ könyvpiacát – bizonyosan nem kevés. Ez a nagy példányszám empirikus kérdés, de nagyon hajlamos vagyok elhinni, hogy nálunk ma különleges piaca van az ilyesminek, mert lépten-nyomon látom, milyen mennyiségű egészséggel kapcsolatos felvilágosító és „felhomályosító” irodalmat adnak el. Ez utóbbi jelzőt az alternatív medicina, az „ősi” és „keletgyógy módok, mágikus szerek, bioenergia-átviteli módok, talpmasszázs, csontkovácsosság és más „modern” irányzatok irodalmára értem. Döbbenetes az igény ezek iránt az eljárások iránt, még istenes, ha éppen a gyógynövényekkel foglalkozó könyv fogyna a legjobban, az még reményt keltene, hogy valami józanság mégis van a „fogyasztóban”. A forgószelekként az országot végigsöpörő hiedelem a „pszichochirurgiában” (a rosszindulatú daganat vértelen, kézzel történő kioperálásában), vagy az évente felbukkanó „biztos” gyógymódok a rák ellen, amelyek oly vitézül küzdenek a „hivatalos” medicina gáncsoskodásával, a mint gyógyító „hígított víz” és a többi örültség ugyanis nagyon csüggesztő. Ijesztő, ahogyan sorban állnak a kézrátétellel gyógyító ukránok és kínaiak rendelői előtt, ahogy hagyják magukat egyetemi tanárok és akadémikusok is megkopasztani sarlatánok által. Mindez megítélésem szerint ugyancsak a mély, nagyfokú társadalmi dezorientációra, az egészséggel és az egzisztenciával kapcsolatosan megroppant társadalmi életérzés nagy elterjedtségére utal. Ebben a tényben is benne van a fatalizmus egyik gyökere, a csodavárás, miközben benne van valamiféle társadalmi reorganizációs törekvés, hiszen így legalább a „sense of coherence”, ha mágikusan, de alacsonyabb szinten is, de visszaállítható. Én „rendelem meg” a gyógymódot, én választom a terapeutát, akivel biztosan nincs semmi kapcsolat, elég referencia nekem, hogy az orvosok berzenkednek, hiszen azok már lejárták magukat nálam, levizsgáztak, és „ellenségem ellensége”, ugyebár, az én barátom stb. Fizetek a gyógyításért, ha kell, sokat, hiszen úgyis mindegy, jó részét úgyis kiadom hálapénzként vagy a magánpraxisban honoráriumként, és ha mégis „bejön” a csoda, nem is olyan rossz a befektetés... Ha ezt az életérzést értelmezni próbáljuk, az alternatív medicina, ill. a csodamódszerek alkalmazásával a páciens bizonyos fókig magához ragadja a kontrollt. Mágikus szinten a bizodalom révén a természettudományos medicina számára elfogadhatatlan mértékben lead a kontrollból de a terápiás viszonyt, a közvetlen kezelést illetően nyer a kontrollt tén (a kontrollt a kibernetikai-rendszerelméleti konnotáció jegyében értve).

6. A magyar mortalitási és morbiditási helyzet néhány jellemzője

Ha jól belegondolunk, az egészségügyi ellátás minőségkontrollja, ami a bizalmat a beteg számára racionálisan szolgáltatná – és aminek természetét Csákány György a Valóságban kb. 10 évvel ezelőtt megjelent cikkében úgy illusztrálta, hogy a modern gyógyászatban a bizalomnak olyan természetűnek kellene lennie, mint a repülésnél: a légitársaságban kellene bízni és nem az aktuális hajózó személyzetben vagy pilótában –, nálunk nagyon gyenge. Szinte teljes az anarchia, és itt ismét van néhány komparábilis tapasztalatom, cseh, szlovák, lengyel, horvát vetületben, gyakorló és kórházi orvosi vonatkozásban, és minden összehasonlításban a hazai minőségkontroll marad alul. Ez nyilvánvalóan kihat, visszatükröződik a lakosság tudatában és nemcsak szervezeti szinten diszfunkcionális, hanem demoralizáló is. Ezt is tovább kellene elemezni és vizsgálni.

Igazában tehát csak hipotéziseket és értelmezéseket tudok adni, de azért azt hiszem, hogy a nagy megbetegítő vagy egészségkárosító hatások differenciális sajátos érvényesülése mellett ezek a szociálpszichológia területére tartozó tényezők is nagyon erősen belejátszanak, ha éppen nem determinatív erejűek, a magyar mortalitási és morbiditási helyzetbe. Ha ezekben nem történik valami javulás, előnyös változás, a magyar egészségromlás trendjei, félsó, tovább folytatódnak (hiszen a nagy noxák terén aligha várhatunk változást, ha csak a táplálkozást vesszük, a jelenlegi és a közeli jövő helyzete aligha fog kedvezni az egészségesebb étkezésnek, de a környezetet is aligha lehet gyorsan megtisztítani, vagy a balesetek számát csökkenteni, a túlmunka kényszeréről nem is beszélve...). Ugyanakkor talán ebben a társaslélektani szférában lehetne valamit gyorsabban segíteni. Talán ez lehetne valamiféle mentálhigiénés munka, valamilyen health promotion tevékenység dolga...

7. A személyiségfejlődés és a személyiségfejlesztést szolgáló csoportmódszerek (Nemzetközi szakirodalmi helyzetkép és perspektíva)

A személyiség fejlődése mai tudományos felfogásunk szerint két erő és folyamatrendszer eredménye. Egyik az emberben előrehaladó biológiai, ill. biopszichológiai érés. Csecsemő- és kisgyermekkorban ez az érés a fejlődés meghatározója, sok kísérlet és tapasztalat mutatja, hogy az alapvető emberi és gyermekkorban kibontakozó képességek (járás, beszéd stb.) elsősorban a neurális és neurohormonális éréstől függenek, külső hatásokkal – pl. gyakorlással – alig befolyásolhatók. A növekvő gyermekben és a felnőttben az érés szerepe kicsi, ill. minimális, esetleg áttételes és közvetett jelentőségű (pl. a testmagasság kialakulása, a másodlagos nemi jegyek kialakulása stb. jegyében), viszont a külső hatások, elsősorban az élethelyzeti és interperszonális befolyásolásra történő tanulás szerepe rendkívül megnövekszik. A tanulás szokatlanon, operáns kondicionáláson, gyakoroltatáson és mintanyújtáson át folyik. A társadalom általában szervezett formában igyekszik gondoskodni arról, hogy a szükséges tanulás létrejöhessen, a kultúra készségátadási normákat alakít ki a családban, a rokonságban és a közösség számára, továbbá speciális intézményeket hoz létre. Leginkább az oktatási, képzési intézmények ilyenek, de tanítást elősegítő funkciója van a vallásnak és a katonaságnak is. Számos más társadalmi hatás szintén hordoz tanulást lehetővé tevő effektusokat is.

A társadalmi intézmények és szervezett hatások főleg ismereteket és cselekvési szinten mutatkozó képességeket: tanítanak, olyanokat, amelyek jól körülírhatók és a népesség megfelelő csoportjaival elsajátíthatók. Lényegében a személyiségtől függ, mennyire szerzi meg valaki a szükséges ismereteket és készségeket. A tanulás ugyanis a személyiség aktivitását is igényli. A formális, pl. iskolai tanulásban ez nyilvánvaló, de a társadalom különböző rejtett befolyásainak, hatásainak tanulásos átvételében is van aktív elem, még ha a tanulás maga öntudatlanul történik is. Ez pedig abban mutatkozik meg, hogy mennyire fogadja be az ember az őt érő hatásokat, mennyire reagál rájuk, mennyire változik hatásukra. Egyes emberek kirekesztik magukból, elfojtják

a különböző hatásokat, míg másokban azok összetett folyamatokat indítanak el.

A fejlődés fogalmát részben az ismeretek és készségek, képességek akkumulációjának folyamatára vonatkoztatjuk, részben olyan pszichológiai változásokra, amelyek a személyiség szerkezetével és belső munkamódjaival kapcsolatosak. E téren a fejlődés a differenciálódás, a különféle viselkedési képességek fokozódása, a magatartás feletti kontroll, a feszültségek türésének és levezetésének lehetőségei, a lelki folyamatok közötti belső ellentmondások csökkenése, a másik emberrel való kontaktus és kapcsolat kialakítása stb. vetületében bontakozik ki. A fejlődés fokát gyakorlatilag összehasonlítás révén állapítjuk meg, hasonló korcsoport, társadalmi réteg stb. tagjaihoz képest. A fejlődést önmagában korábbi fejlettségi állapotokhoz mérve is meg lehet becsülni, ha az adott viselkedési szint alkalmazkodóbb és kreatívabb hasonló helyzetekben, mint korábban volt. Önmagában a fejlettség ismérve a pszichikus folyamatok nagyobb integrációs szintje, a problémamegoldás fokozott képessége, a viselkedés szervezésében a több előrelátás, nagyobb valóságorientáltság, az emberi kapcsolatokban a kölcsönösség, intimitás elérésének nagyobb képessége. Fejlődésnek tekintjük, ha a magatartás szervezése az integráció felé halad, ha a viselkedésben kevesebb az ellentmondás és a tüneti megnyilvánulás, ha a személyiség képes távolabbi célok érdekében közeli kielégülési lehetőségeket halasztani. Főleg az érzelmek, az indulatok és a kommunikáció vetületében mutatkozik meg a pszichikus fejlődés – az érzelmek teljesebb átélése, kibontakozása, az indulatok kellő kontrollja, az energiák harmonikus beépítése a cselekvésbe és a viselkedésbe, a kommunikáció valóságorientált percepciókat követő hatékony működése jelzi a fejlődés mértékét.

Azért tűnik a legfontosabbnak az érzelmek, az indulatok és a kommunikáció szférája, mert az ismereti (kognitív) és a cselekvési szférában történő gyarapodás, fejlődés nem jár okvetlenül együtt az általános személyiségfejlődéssel, sőt, nagyon gyakori jelenség, hogy a jó intellektuális fejlődés mellett az érzelmi, indulati és kommunikációs fejlődés jelentősen elmarad. A fejlődés e lényeges dimenzióinak elmaradása általában megghiúsulásokkal, feszültségekkel és konfliktusokkal, tüneti megnyilvánulásokkal és kapcsolati zavarokkal áll párhuzamban.

A fejlődés tendenciája, lehetősége általános és ontológiai jellegű, alapvető a személyiségben, ez önálló biopszichológiai tényezőnek tekinthető. Ezt számos személyiségelmélet is posztulálja (pl. Horney 1938, Maslow 1962, Allport 1981 stb.). E személyiségelméletek alaptételét a személyiség ún. növekedési modelljének szokták nevezni (growth model). Ugyanakkor minden sze-

mélyiségelmélet hangsúlyozza, hogy a fejlődés tendenciája erős gátlás alá kerülhet, különösen traumák és konfliktusok hatására, visszatartják túlkötő szülőrelációk és megállíthatja ezt a tendenciát kábulatot okozó kémiai anyagok (alkohol, drogok) hozzászokásos, huzamos használata. A fejlődés fázikus és diszkontinuus, a differenciálódó pszichikus képességek szakaszokban szerveződnek, e szakaszokon a fejlődésnek általában szabályszerűen át kell mennie. A diszkontinuitás arra utal, hogy csak ritka az egyenes vonalú és egyenletes fejlődés, rendszerint stagnálások és ugrások jellemzik a fejlődést. Néha visszaesések is vannak, ezt nevezi a személyiséglélektan regresszióknak, ilyenkor korábbi fejlődési szakasz szabályozási állapota válik uralkodóvá. A regresszióból általában gyors a visszatérés a későbbi – már elért – fejlettségi fokra.

Mai tudásunk szerint a fejlődés mozgatója a kapcsolati térben zajlik. Gyermekkorban a döntő hatások a szülőktől, családtagoktól indulnak ki, a fejlesztő hatások konfrontációk és feszültségek nyomán állnak elő, rendszerint olyan korszakokban, amikor a gyermekkorban gyors és nagyarányú fejlődés kialakult viszonyformák átalakítását teszi szükségessé. Egy-egy fejlődési fázis lezárulása lehet elégtelen és traumatikus jellegű, ez a következő fázist elnyújthatja, esetleg befejezetlenné teheti. Ilyenkor bizonyos ideig mintegy konzerválódik egyfajta fejlettségi szint. Minél hosszabban tart ez a stagnálás, annál nagyobb a valószínűsége, hogy a biológiai életkorral együtt járó életfeladatok megoldatlanok maradnak. A fejlődés megállásának káros következményeit gyakran palástolják olyan élethelyzetek, amelyek a személyiséget védik, egyensúlyban tartják, amelyek megkönnyítik a személyiség számára az életet. Ha a védő környezet felbomlik (pl. haláleset folytán, foglalkozásváltozás, életkörülmények változása miatt), a személyiség krízisbe kerülhet, tüneti megnyilvánulásokat mutathat. Ha a fejlődés gyermekkori fázisokban áll meg, ennek általában súlyos pszichopatológiai következményei támadnak, ebből lesz a pszichiátriai megbetegedés (többnyire a felnőttkorban kibontakozóan, amikor az életfeladatok – pl. párkapcsolat, szexuális élet, foglalkozási szerep stb. – terhei a személyiséget dekompenzálják). Az iskolás kortól a kortárscsoportok hatnak fejlesztően, majd az első társkapcsolatok. A serdülőkor nehéz korszak, először itt szembesül az emberek nagyobb része a korábbi fejlődés elégtelenségeivel, mert ekkor kell tudni egyenrangú párkapcsolatra lépni, felnőttként viselkedni, új csoportnormáknak megfelelni. A fiatal felnőttkorban a munkaszervezetekbe való beilleszkedés okoz nehézségeket, majd a házasság, a saját gyermekek és család alapítása, a növekvő gyermekekkel kapcsolatos konfliktusok sora, a házassági feszültségek, a válás, még később pedig beteg-

ségek, meghiúsulások, veszteségek terheit kell viselni. Jelenlegi ismereteink szerint minden megélt, elszenvedett és megoldott probléma érlelően hat. Akit élete ilyen problémáktól megkímélt, az bizonyos fokig elmaradt a fejlődésben. Mikszáth Kálmán nagyon találóan állapítja meg Jókairól írt életrajzi könyvében, hogy a nagy író a szenvedést, a krízist, a bánatot nem tudta ábrázolni regényeiben, mert „nem volt a házában soha kicsike koporsó”...

A fejlődés szabályszerűségeiről, állomásairól, típusos hibáiról nagyon sokat lehetne mondani, mert nagyon sok tudományos ismeret gyűlt róla össze. Ennek ellenére nem állíthatjuk, hogy mindent tudunk róla, bizonyos összefüggések még nem kellően feltártak. Lényeges tény, hogy a mai civilizált társadalmak nagyobb mértékű, távlatú személyiségfejlődést igényelnek, mint a korábbi társadalmi szerkezetek. A korábbi társadalmi alakzatokban az egyes ember helye és életperspektívája körülhatároltabb volt, az emberi magatartás feltételrendszere kevésbé változott, a szocializáció során könnyebben megtanulható volt. Szembetűnők voltak a viselkedésminták, egyértelműbbek a szabályok, bizonyos életproblémák elviselését megkönnyítette a vallás. Ma gyorsan változnak az életfeltételek, nagyon sok új körülményhez kell tudni alkalmazkodni, az emberek sokféle új szokással, értékkel, életformával szembesülnek, kevesebb az intézményesített társas segítség és támasz a problémák megoldásában, az egyéni önmegvalósítás a közvetlen vezérelv, ezért ennek meghiúsulása vagy sikertelensége különösen nagy feszültségeket kelt. A mai ember léthelyzetét egészen új filozófiai antropológiai elméletek próbálják megragadni (pl. Gadamer 1967, 1972, Hampden, Turner 1970 stb.).

A lényeges momentum az, hogy az utóbbi kb. ötven évben egyre rendszerebben és gyakrabban vetődik fel társadalmi méreteken az a felismerés és igény, hogy a személyiség fejlődését gyorsítani, fokozni kellene, nem elegendő ezt egyszerűen csak az élet természetes fejlesztő erőire bízni. A fokozott fejlesztés szüksége két vetületben merül fel, egyik az emberekkel foglalkozászerűen érintkező és valamilyen befolyásoló munkát végző szakmák keretében, ahol sokan szembesülnek azzal, hogy nem tudnak eléggé bánni másokkal, bizonyos jellegzetes problémákat nem tudnak megoldani, a másik pedig a művelt ember önismereti igényének vetülete. A mai ember számára élményeinek – különösen más emberekkel kapcsolatos élményeinek – értelmi feldolgozása is nagyon bonyolult feladat, és ennek során a saját személyiség is kérdésessé válik, és fokozatosan a saját indítékok, vágyak, érzékenységek mélyebb háttere felé is fordul érdeklődés. Ez az érdeklődés azután az embereket önvizsgálatra, pszichológiai ismeretszerzésre, önmagukkal kapcsolatos tanulási lehetőségek kihasználására ösztönzi.

Különböző próbálkozások alakultak ki annak érdekében, hogy ezt az önismereti érdeklődést és személyiségfejlesztési igényt hatékonyan, gazdaságosan, szélesebb körben, intézményesen, ill. szervezeten elégítsék ki. Történetileg legrégebbek és gyakoriság szempontjából legelterjedtebbek a pszichológusok, pszichiáterek vagy társadalomtudományi szakemberek által előkészített és vezetett csoportos önismeret és személyiségfejlesztő kurzusok, amelyekre önkéntesen lehet jelentkezni. A személyiségfejlesztés kapcsán elsősorban ezekről kell beszélni. Az utóbbi évtizedekben ezeket megpróbálták alkalmazni a személyiségfejlesztés különféle hagyományos társadalmi intézményein belül is (pl. iskolában, különféle hivatalos képzésekben, katonai kiképzésben stb.). Itt az alkalmazásra jellemző, hogy az önkéntesség már nem kritérium, bár a legtöbb esetben valamiképpen figyelembe veszik a hajlandóságot is az ilyenfajta fejlesztésre való kijelölésben (mivel általánosan kötelezővé ezeket a módszereket nem tudják tenni). Felmerült azonban már az igény, hogy a mindennapi személyiségfejlesztésben – különösképpen az iskolai nevelésben – rendszeres foglalkozásként és általánosan kellene alkalmazni ezeket az eljárásokat, mintegy tantárgyként. Számos jel mutatja, hogy a fejlődés ebbe az irányba halad. A világon több helyen pl. a személyiségfejlődésben hátrányos szociális és interperszonális helyzetük miatt elmaradt gyerekek nevelésében eredményesen használják fel ezeket a módszereket (pl. Eisenberg 1984). A távlatokat jól mutatja a Magyarországon több mint egy évtizede elindult, Zsolnai József nevével fémjelzett korrekciós, fejlesztő nevelés, amelyben kommunikációs képességeket gyakoroltatnak, fejlesztenek szokványos oktatási csoportszituációban. E módszer a gyakorlatban eredményes, hasznos. Hasonló, intézményes keretben folyó fejlesztő gyakorlatok leginkább emberrel foglalkozó szakágak képzésében (orvosképzésben, pszichológusok, szociális gondozók, papok, tanárok stb. képzésében) valósulnak meg. Még messze van, hogy az ilyenfajta személyiségfejlesztő képzés általános legyen, a tendencia azonban kétségtelenül ez.

Mielőtt azonban a használatos csoportmódszereket és ezek elveit közelebbről vizsgálnánk, szólni kell az önismereti érdeklődés és a személyiségfejlesztési igény megnyilvánulási módjairól és társadalmi megjelenési folyamatáról. Ez az érdeklődés és igény századunk terméke. Eredetét társadalomhistorikusok és kultúrtörténészek a századforduló idejére teszik. A társadalmi változások, amelyek az emberek megszokott, nemzedékeken át öröklődő orientációs sémáit megzavarták, ekkor kezdtek jelentősen felgyorsulni és szembetűnően nagy méreteket ölteni. Olyan évezredek szokásai alakultak át, mint a tekintélytiszteltet, a vallásos hit, a nők férfiaknak alárendelt társadalmi hely-

zete, a szexualitás tilalma stb. Ugyan ezek még sokáig a társadalmi rend pillérei maradtak, de már repedezni, omladozni kezdtek. A nyomukban támadó emberi problémákkal mindinkább foglalkozni kezdett az irodalom és a színház. Igazi ösztönzöt azonban a pszichoanalízis közismertté – legalábbis értelmiségi körökben széltében-hosszában ismertté – válása jelentett. A pszichoanalízis emberképében hangsúlyt kaptak az irracionális erők, a belső ellentmondások, a tudat és az akarat korlátait átszakító készletések, a neurotikus tünetek. Ezek a korábbi emberképekben szégyellnivaló gyengeségek voltak csupán, amelyekről nem illett beszélni, amiket nem tartottak általánosnak. A pszichoanalízis hatására viszont ezek a művelt köztudat részeivé váltak. A nyugati világ művészete, irodalma rezonált erre a tematikára. Ismeretes, hogy mennyire befolyásolta a pszichoanalitikus problémalátás, és az ennek nyomán kibontakozó pszichológiai kíváncsiság pl. Magyarországon a Nyugat nemzedékét. Ez talán korban még meg is előzte a német vagy az amerikai hatást. Egyes társadalmi körökben a pszichoanalízis hatására elterjedt az álmok, tévcselekmények, viccek elemzése, előtérbe került a felnőtt személyiségben lévő gyermeki, érdeklődést vonzott a tudattalan, megismerési síkon is érdekessé vált a szexualitás. Részben a pszichoanalízis, részben a belőle kinőtt mélylélektani iskolák ismertté tették a szimbólumok pszichológiai jelentőségét. Sok más pszichoanalitikus koncepció is elterjedt, és az analitikus tanok nyomán sok ember kedvet és eszközt kapott az önvizsgálatra, önmegértésre. Bár különböző politikai okok miatt a harmincas évek elejétől a pszichoanalízis befolyása számos nagy és kulturált országban gyakorlatilag megszűnt (ilyen vagy olyan okok miatt betiltották az analitikus mozgalmat és az analitikus eszmék terjesztését, pl. Németországban, Szovjetunióban), közvetett módon mégis önismereti mozgást indított el. Műfaj lett a népszerűsítő pszichológia, egyre több könyv és cikk jelent meg, aminek a célja az volt, hogy a mindennapi tudatot lássa el lélektani ismeretekkel. Sokáig statikusak és valójában kevésbé használhatók voltak ezek az ismeretek, tulajdonságokra, képességekre centráltak, elsősorban „emberismeretet” akartak adni, vagyis a másik emberre irányították a figyelmet (alkattanok, típustanok stb.), de azért fenntartották az érdeklődést a lelki jelenségek és az emberi viszonylatok iránt.

A második világháború utáni korszak volt az, amikor az emberi léthelyzet mind többek számára vált problematikusává, ill. bonyolultsága és ellentmondásossága könnyen nyilvánvalóvá tehető volt. Ekkor már a film is felzárkózott a regény, a novella és a dráma mellé a pszichológiai témaválasztás terén. A lélektant népszerűsítő könyvekben egyre több szó esett a tesztekéről, kérdőívekről, mint az emberismeret, önismeret eszközéről. Hiába próbálták – és próbál-

ják (mert ez a jelenség is bír utóélettel, ha kisebb lendülettel is, de folytatódik új területeken, mint pl. nálunk, ahol a pszichológiai ismeretterjesztésből hosszú évtizedek estek ki, még mostanában tetőzik is) – a pszichológusok megőrizni ezeket az eszközöket maguknak, a népszerűsítés nyomán sokféle kérdőív és teszt közkézre kerül, magazinok is újabb és újabb kérdés-battériákat ajánlanak, hogy az olvasó megállapíthassa, milyen ember ő, milyenek a képességei, milyen jellemvonásokkal rendelkezik stb. Ma már tudjuk, hogy ilyen objektívált módon kevés megbízható ismereteket lehet szerezni önmagunkról, sőt, ezek a tesztmódszerek – bizonyos körülírt alkalmazási területeket kivéve – a tudományos személyiségvizsgálat céljaira is alkalmatlanok, hiszen a kérdőívet kitöltő vagy a válaszadó nem spontán adja magát, hanem valamilyen feltételezett helyzetnek és elvárásnak akar megfelelni, és ezáltal a kapott eredmények változókéonyak és nehezen értelmezhetőek (pl. Mills, Hogan 1978, Bungard 1980, Tedeschi 1981 stb.). Úgy látszik tehát, hogy az önvizsgálatnak az az útja, ami a testi orvoslásban bizonyos fokig járható, mert az átlagember is mérheti és mérhető a vérnyomását, elvégezhet erőnléti próbákat, tesztpapírcsíkokkal vizelelelemzést végezhet, és betegség gyanúja esetén korán fordulhat orvoshoz, a pszichológiában nem válik be.

Az események azonban felgyorsultak, új irányzatok születtek, amelyek elsősorban szemléletet képesek formálni, voltaképpen a pszichoanalízis és a mélylélektani iskolák hagyományát folytatják. Egy-egy sikeres könyvön keresztül ezek a szemléletek, ma milliőkat érnek el. Így lett ismert az ötvenes években a pszichodráma, a szociometria, a csoport, később a tranzakcionális analízis (Berne [1964] és Harris [1967] híres könyvei nyomán, amelyek milliós példányszámokat értek el), a nem-verbális kommunikáció tana, Rogers ún. nondirektív szemlélete és módszere stb. Szinte fel sem lehet sorolni az egymás befolyását erősítő vagy feltételező írásokat és eszmei hatásokat. Bizonyos, hogy sok híres regény is adott megdölgökdötató vagy éppen érzelmi- leg motiváló ösztönzéseket (Bellow Herzogjától Phillip Roth Portnoy's Complaint-jéig, a modern francia, olasz regényekig), de hozzájárult a pszichológiai és önismereti érdeklődéshez egy sor olyan munka is, mint David Riesman Magányos tömeg c. könyve, amelynek első kiadása is megközelítette a milliós példányszámot. Hosszasan lehetne sorolni a különböző hatásokat, a lényeg azonban az, hogy kialakult és terjedőben van egyfajta sajátos pszichológiai kulturáltság, aminek elemei bekerülnek a mindennapi önértelmezésekbe, az emberi kapcsolatok magyarázati sémáiba, a köznapi problématudatba. Egy-egy olyan fogalom, mint pl. a Rogers nyomán közismertté vált empátia, az új szempontok egész rendszerét képes mozgósítani (Buda 1978, 1985). Az új

pszichológiai ismeretek megfogalmazhatóvá tesznek bizonyos élményeket, könnyen kialakul nyomukban motiváció az önismeret fáradságosabb, hosszan tartó fejlesztésére is. Nagy jelentőségű, hogy az új ismeretek egyben módszerismeretet is jelentenek, az emberek nagy tömegei válnak tájékozottá a „piacon” található önismeretfokozó, személyiségfejlesztő módszerekkel kapcsolatban, és mint „fogyasztók” tudják, hová forduljanak.

Itt említendő, hogy az önismeret és a személyiségfejlesztés gyakorlati sikon nemkét különálló dolog, hanem ugyanannak a problémakörnek más oldala, más kifejezőmódja. Éppen mivel a statikus önismeret voltaképpen értéktelen, sőt, félrevezető lehet, az önismeret társadalmi vetületben felszínre került értelmezésében nem elsősorban a saját személyiségről kialakított kép áll a figyelem előterében. Tudatosult, hogy önismeret leginkább újfajta társas helyzetekben alakulhat ki, amikor szokatlan ingerek hatására a személyiség szembeesül, hogy valamilyen vonatkozásban mire képes és mire nem, hol vannak eddig ismeretlen gyenge pontjai. Az új helyzetek nem hozhatók létre azonnal, mintegy tesztszerűen, hanem sajátos gyakorlatok és interperszonális folyamatok kellene, amelyekben be kell gyakorolni bizonyos viselkedésformákat, meg kell tanulni elviselni feszültségeket, amelyeket a mindennapi élet ritkán kelt, legfeljebb krízisek, konfliktusok idején. Az önismeret tehát erőfeszítéseken, gyakorlásán, pszichológiai változásokon át bontakozik ki, az önismereti módszerekben, laboratóriumokban lényegében azokat az élményeket és emberközi eseményeket „dúsítják fel”, amelyek a szokványos személyiségfejlődésben is érlelően, fejlesztően hatnak. Az önismeret igénye mögött csak a legritkább esetekben áll tiszta megismerési vágy, a fő indíték legtöbbször a problémamegoldás, helyzetelviselés, alkalmazkodás vagy a személyiségfejlődés elősegítése. Az önismerettel tehát szervesen együtt jár a személyiségfejlődés igénye, nemcsak az önismeretre törekvők részéről, hanem az önismeret fokozását munkáló szakemberek és szervezetek részéről is. A mai fogalomhasználat az önismereti oldalt akkor emeli ki, ha a foglalkozás rövid távú, kóstsóló jellegű, ha a hangsúly inkább a megnyilvánulásra, aktivációra esik, és ha az alkalmazott módszerek és kialakuló folyamatok a személyiséget felszínesen vagy kis intenzitással vonják magukba, involválják. Ilyenkor a személyiség által végzett lelki munka kevesebb feszültséggel jár, a folyamat révén történt lelki gyarapodás kisebb fokú, a változás nem közvetlen, inkább távlatilag hat, csak fokozatosan járul hozzá ahhoz, hogy a személyiség lekötődött fejlődési potenciálja némileg felszabaduljon. A személyiségfejlődési aspektus akkor fontos, ha a kívánt, megcélzott változás nagyobb ívű, ha a gyakorló folyamat hosszabb ideig tart, komolyabb áldozatot kíván a személyiségtől. A fejlesztő

módszerek esetében már fontos kérdés a hatékonyság, ezt általában mérni is próbálják, ezenkívül a fejlesztési próbálkozásokat rendszerint utóvizsgálatok is követik, amikor azt igyekeznek megállapítani, hogy az elért változás tartós-e.

Mind az önismeret szerzésében, mind a személyiségfejlesztés serkentésében a kulcsfogalom a gyakorlás, a tréning. A tréning szó a módszerek egy részének elnevezésében is benne van. A metafora világos, ahogyan a testi erőnlét, teljesítőképesség nem változtatható meg tetszés szerint, hanem fáradtságos gyakorlási, edzési folyamat kell hozzá, ugyanúgy a lelki képességek, készségek sem fejlődnek gyakorlás, edzés nélkül. Éppen a tréning vállalása az a mozzanat, amiben nagy szerepe van egy-egy módszer ismertségének, köztudati elfogadottságának, akár divatos jellegének, hiszen ennek nyomán alakul ki az önismereti, fejlődési igény és abból valódi motiváció, ami a tréning nehézségein átsegít. Lényegében a tréning vállalása és az ezt megelőző kognitív és motivációs lépések máris bizonyos változást jelentenek a személyiségben, már ez is fejlődésnek tekinthető, ugyanúgy, mint ahogyan a testi egészség terén már fejlődés, ha valaki felismeri az egészség megőrzésének követelményeit és elkezd tenni is valamit azokért.

Lényegében a gyakorlás, a tréning nehézségei miatt folyik az önismeret-fokozás és a személyiségfejlesztés mindig csoportosan. A csoport motivációfenntartó és motivációerősítő, ezért is használják a legkülönbözőbb terápiás és személyiségváltoztató hatások közvetítésére. Höck a csoportterápiák fogalmával jelöli mindazokat a módszereket, amelyek a csoport erőit valamilyen fejlesztő, korrekciós célokra használják fel (pl. csoportos munkaterápia, kreatív terápia, zeneterápia, relaxációs terápia stb.). Ilyenkor a csoport lényegében nemspecifikus eszköz (Höck 1976, Höck, Ott, Vorweg 1981 stb.). A csoport többek között azon sajátossága révén motivációerősítő, hogy sajátos érzelmi atmoszféra jön létre benne, amely a csoporttagoknak kedvet csinál a csoport aktivitásaiban való részvételre (Lewin 1970). De motivációerősítő módon hat a közös normaképzés is a csoportban, ami a leginkább alapvető, szembetűnő folyamat. Sherif, Asch, Lewin és a csoportdinamika más úttörői – mint ismeretes, először arra figyeltek fel, hogy a csoport nemcsak a viselkedés, hanem még az érzékelés és az érzelmi viszonyulás terén is közös normákat termel ki, amelyekhez a csoporttagok észrevétlenül és öntudatlanul is igazodnak (Pataki 1980 stb.). Ha a csoport valamilyen közös gyakorlásra szövetkezik, ennek készítéseit a csoport dinamikája mederben tartja és fokozza az egyes csoporttagokban. A vezető feladata, hogy ezt a természetes folyamatot katalizálja és irányítsa.

Természetesen a csoportos gyakorlásnak van egyszerűen gazdaságossági aspektusa is. Ilyen módon több emberrel lehet egyidejűleg foglalkozni. A csoport az önismeret és személyiségfejlesztésben mindig kiscsoportot jelent, aminek ismérve az, hogy a csoporttagok egymással személyes kapcsolatot alakíthatnak ki és a csoport minden együttléte alkalmával ez a kapcsolat elevenné válik (legalábbis potenciálisan, a csoporttagok közötti kommunikáció formájában). Kiscsoport minimálisan 5-8, maximálisan 15-20 embert jelent. Intenzív, pszichoterápiás jellegű csoportmunkához általában kisebb csoportlétszám optimális, ilyenkor a csoport létszáma többnyire nem haladja meg a tizet (hacsak a csoportmunka kezdetekor a vezető nem számít a lemorzsolódásra, ami mindig előfordul), ha a gyakorlás áll az előtérben és ez nagyon strukturált és programozott, akkor lehet a létszám nagyobb is (Hidas 1984). Részben a gazdaságossági szempont is közrejátszik abban, hogy önismeret-fokozás és személyiségfejlesztés rendszeresített formában másként, mint csoportosan, alig folyik.

Elvileg az önismeret gyarapítható és a személyiség fejleszthető egyéni foglalkozás révén is. Az embereken segítő foglalkozások gyakorlóinak részben önmaguk megismerése és képességeik fejlesztése miatt szokták ajánlani az egyéni kiképző terápiát. Ez a pszichoanalízisben honosodott meg, az ún. tananalízis vagy kiképző analízis formájában. A személyiség fejlesztésén és a későbbi analitikus munkát zavaró pszichológiai problémák megoldásán kívül a tananalízis azt a célt szolgálja, hogy a kiképzésben lévő ismerje meg a terápiás folyamatot a páciens szempontjából is. Hasonló kiképző terápia más mélylélektani irányzatokban is gyakorlattá vált, a Rogers-féle kliens- vagy személyközpontú (más elnevezéssel: nondirektív) irányzatban is megvan ez a követelmény. Általában a szakemberek kiképzésében is teret nyernek a csoportos módszerek. Olyan országokban, amelyekben a pszichoterápia széles körben elterjedt, és sok a terapeuta, ott olyan embereknek is szokták ajánlani az egyéni pszichoterápiás munkát, akiknek különösebb panaszuk nincsenek, nem betegek, de szeretnék magukat jobban megismerni, fejleszteni. Egyéni fejlesztő munka leginkább a kommunikáció terén képzelhető el úgy, hogy tréning, gyakorlás folyik. Ez leginkább képmagnó segítségével történik. Ilyenkor felvételeket készítenek a kommunikációról, ezt visszajelzésekbe építik be, ill. a felvételeken keresztül demonstrálják a kommunikáció hibáit. Az Egyesült Államokban ilyen egyéni kurzusokat főleg politikusoknak és tömegkommunikációs szakembereknek szoktak nyújtani. 1960-ban az elnökválasztáson Nixon viszonylag kevés szavazattal maradt el Kennedy mögött, a tömegkommunikációs szakemberek vereségét annak tulajdonították, hogy a választás előtt le-

folylt televíziós vitában (az első olyan televíziós vita volt ez, amelyet sok tízmillió ember nézett végig) Nixon nagyon rosszul szerepelt. Látható volt rajta a szorongás, nem tudott hitelesen kommunikálni, beszéde akadozott. Közvéleménykutatások kimutatták, hogy az ingadozó választók többsége a televíziós vita után Kennedy felé fordult. 1968-ban Nixon már sikeres, hatékony kommunikátornak bizonyult, ez egyéni kommunikációs kiképzésnek volt köszönhető. Az egyéni kommunikációs készségfejlesztés módszerei a szakirodalomban jól ismertek. Ezek azért is fontosak, mert a módszerek egy része csoportközegben is alkalmazható, különösen a képmagnó használata terjedt el nagymértékben (Danet 1968, Berger 1978, Lerner 1978, Sollie, Scott 1983 stb.).

Fontos körülmény, hogy az önismeretfokozás és a személyiségfejlesztés kapcsán gyakran kerül elő a terápia fogalma általában, és a pszichoterápiáé különösen. Ez azért van így, mert a személyiségfejlesztés és a pszichoterápia között nincs minőségi különbség, csupán mennyiségi. Ugyanazok az erők, folyamatok eljárások használatosak a személyiségfejlesztésben, mint a pszichoterápiában, csak kisebb intenzitással és más összetételben, stratégiai algoritmusban. Történetileg is elsősorban a pszichoterápiák szolgáltatták a módszereket és elvi alapszemponokat, amelyek az önismeret és személyiségfejlesztésben is használatosak. Ez különösen akkor vált szembeűnővé, amikor – a később részletesebben tárgyalandó – tréningmódszerek mellett, ill. helyett az ún. – ugyancsak később szóba kerülő – „encounter” technikák terjedtek el. Ezek ugyanis a terápiaiban is használatosak, mégpedig hasonló módon, mint a személyiségfejlesztésben. Az encounter-módszerekkel kapcsolatosan a szakirodalomban is meghonosodott egy találó kifejezés: ezek a módszerek lényegében „terápiák normálisok számára” (therapies for normals, Therapien für Normale). A pszichoterápiás alkalmazásban vagy egy ilyenfajta módszert használnak fel betegek, problémás emberek kezelésére, vagy pedig a módszer része valamilyen összetett terápiás rendszernek, amelyben más eljárások és hatáselemek is vannak. Megjegyzendő, hogy számos pszichoterápiás irányzat igyekszik is szabadulni attól a képtől hogy csak betegek kezelésére alkalmas, hiszen az ún. egészségesek között is gyakoriak az olyan problémák, amelyek tüneti jellegűek és terápiás módszerekkel közelíthetők meg. Pl. Rogers ún. kliensközponú (client-centered) – újabban személyközponúnak nevezett – terápiaja is szándékosan hangsúlyozza a kliens fogalmát, mert ebben kifejezésre juttatható az, hogy a páciens igényétől, „megbízásától” függően mindenféle probléma kezelésére vállalkozhat a terápia, és hogy a páciens és a terapeuta között nem az orvos-beteg kapcsolat viszonysemája érvényesül, ha-

nem a szakértő és a kliens – az ügyfél, a „Kundschaft” – egyenrangú relációja. Voltaképpen a modern pszichoterápiák eredete, a már említett pszichoanalízis adta meg a helyzet ideológiáját”, amikor aláhúzta, hogy a pszichés betegségek és a normális pszichikus folyamatok között csupán mennyiségi és nem minőségi a különbség. A normális személyiségműködés teli van komplexusokkal, védekező mechanizmusok műtermékeivel, tudattalanból feltörő erő kel, mindennapi pszichopatológiai jelenségekkel, amelyek nagyobb arányban már betegséget, kórképet tesznek ki. Freud szellemes mondása szerint az egészségesek ugyanazokkal a problémákkal küszködnek és azok miatt szenvednek, amelyek a neurotikust vagy a pszichotikust megbetegítik. Már ebből a perspektívából is univerzális a pszichoanalitikus módszerek és koncepciók alkalmazási lehetősége, és éppen ennek ismertté válása nyomán lett a pszichoanalízisből az első elmélet, ami önismeretre és pszichológiai fejlődésre serkentette az embereket (Hall 1958).

A viselkedésváltoztatásra vonatkozó megfigyelések és empirikus adatok is mutatják, hogy hasonló folyamatok mennek végbe a pszichoterápiákban és az önismereti vagy személyiségfejlesztő gyakorlatokban. Már korán ráirányult az érdeklődés pl. a visszajelentés tényezőjére. Az első – szélesebb körben ható – személyiségfejlesztő eljárás, a Lewin-féle T-csoport vagy laboratóriumi módszer (laboratory method) nevű technika is a visszajelentés fontosságának felismerésére épült. Lewin már korábban észrevette a csoportdinamika hatékonyságát a viselkedés befolyásolásában, ezt különféle kísérletekkel is bizonyította (nálunk legismertebbek azok a kísérletei, amelyekben amerikai átlagemberek étkezési szokásait alakította át a háborús években, amikor az ellátási nehézségek miatt fontos lett volna korábban nem kedvelt húsfajták elfogadtatása; ebben az időben ezért az ilyen kísérletek kiemelt pénzügyi támogatást kaptak). A csoportdinamikai vizsgálatok is, és a társas tér, mező más vizsgálatai is azt emelték ki, hogy a személyiség azért is követ el hibákat és viselkedik kis hatásfokkal a társas térben, mert nem képes hasznosítani az onnan származó jelzéseket, nem tudja „bemérni” saját viselkedésének fogadtatását, interperszonális következményeit. Ha több adatot, információt kap saját megnyilvánulásainak tükröződéséről másokban, akkor alkalmazkodóbban, a csoport elvárásainak megfelelőbben viselkedhet. Ezt Lewin igazolta csoportgyakorlatokkal, amelyek során a csoporttagok kimondták, kinyilvánították érzelmi reakcióikat egymás viselkedésére. A kapott információ felhasználható támpont lett a magatartás későbbi hatékonyabb szervezésében. E kísérletek a harmincas években kezdődtek, a háború után váltak azonban széleskörűvé. 1948-ban alapította meg Lewin Bethesdában, az amerikai egészségügy köz-

ponti intézménykomplexusában a National Training Laboratories elnevezésű organizációt, amely a Lewin által kidolgozott gyakorlatot vezetők számára kezdte tanítani. Lewin rájött, hogy a munkaszervezetek vezetői számára a legfontosabb, hogy viselkedésük tudatosabb, a többi emberben lévő igényekhez és támadó reakciókhoz alkalmazkodóbb legyen. A Lewin által kidolgozott módszerek elméletéhez és technikájához sokban hozzájárult a kibernetika kialakulása, a kibernetika hozta ugyanis a visszajelentés fogalmát (feedback) és ez mutatott rá ennek egyetemes jelentőségére a komplex folyamatok, rendszerek szabályozásában. Lewin ösztönösen felismerte a később nyílt rendszernek nevezett hatásmodell jelentőségét, hangsúlyozta, hogy a változás kiváltásának lehetősége benne rejlik a visszajelentésben (Miles 1960, Bradford, Gibb, Benne 1964 stb.).

A gyakorlat súlyponti jellege miatt adta a módszernek Lewin a tréningcsoport nevet (ennek rövidítése a T-group). A konkrét eljárás különböző feladathelyzetek végrehajtása volt laboratóriumi feltételek között (innen a „laboratóriumi módszer” elnevezés). A feladathelyzetek lényegében kényszerhelyzetek, hogy a személyiség a laboratóriumban megnyilvánuljon, mégpedig standard módon. Minden csoporttag végrehajtotta a feladatokat, így sok visszajelzés származott már egymás megfigyeléséből, összehasonlításából is. A csoport e módszerben elsősorban a laboratóriumi kiscsoportkutatás és a laboratóriumi csoportdinamika szintjén koncipiálódott. Ettől eltér a későbbi csoportfelfogás, amelyben a csoportnak mint interperszonális kapcsolatrendszernek, időfolyamatban fejlődő organikus egésznek képe kap nyomatékot. Lewin módszerét szokták Human Relations Trainingnek is nevezni, mivel lényegében az emberekhez való viszonyulásban tanít, fejleszt új képességeket.

A T-csoport módszere az idők folyamán különböző módosításokon ment át. Különbőféle gyakorlásokat írtak elő benne, egyes fázisait különböző tesztekkel próbálták ellenőrizni. Alkalmaztak teszteseteket annak megragadására is, hogy a csoporttagok viselkedése a többiekben milyen emocionális visszhangot kelt. Általában a tréningcsoportokban egyezményes szabály, hogy őszintén ki kell mondani mindazt, amit az emberek éreznek. Ugyanakkor nem szabad kategorikus kijelentéseket tenni. Egyes szám első személyben kell beszélni, érzésekről, véleményekről, gondolatokról kell beszélni (“úgy érzem, hogy...” „az a véleményem, hogy...” stb.). Az ilyen kommunikációt könnyű elfogadni, mert jobban módot ad a befogadó védekező mechanizmusainak a visszajelzés előli kitérésre (“te azt hiszed, de ez nem így van... a többiek nem így vélekednek...”). Általában az ilyen csoportokban vigyázni kell a tűrőképesség hatáira. A gyakorlatok során az önismeret akár túlzott fokú is lehet, a

személyiségre mintegy rászakad a negatív megítélések súlya. Ilyenkor neurotikus reakciók, depresszió, sőt, pszichotikus állapotok is keletkezhetnek. Különösen nagyon intenzív, erőszakos módszerű vagy vezetésű, hosszan tartó csoportokban van meg ennek a valószínűsége, olyan személyiségek esetében, akik kóros, a dekompenzációhoz közel álló személyiség szerkezettel rendelkeznek.

Az önismeretfokozó, személyiségfejlesztő csoportokban előfordulhatnak ilyen „sérülések”, károsodások. Ezek általában nagyon zavaróak, ijesztőek. A csoport tagjai éppen személyiségük gyarapodása érdekében vállalkoztak a nehéz munkára, hoztak anyagi áldozatokat, kicsit inkább gyógyulni akartak, és mégis ilyenfajta komoly mellékhatásokkal kellett szembesülniük. Az effajta eseményeknek mindig van társadalmi visszhangja is. Az önismeret és személyiségfejlesztő módszerek létjogosultsága a társadalom egyes mérvadó köreiből a legtöbb országban jó ideje kétséges. A módszerek körül viták dúlnak. Azt is felvetik, hogy van-e ezeknek a módszereknek hatékonysága, az tartós-e, és egyáltalán megéri-e a ráfordított pénzt és időt. A szembetűnő mellékhatások általában e módszerek ellenzőinek malmára hajtják a vizet. Ez Lewin korától kezdve máig is folyamatos probléma, lényegében minden bevált elterjedt önismeretgyarapító személyiségfejlesztő módszer hatására előfordulnak ilyen dekompenzációk. Voltaképpen logikus is, hogy ilyen hatások lehetségesek, hiszen ha mellékhatás teljesen kizárt lenne, kételkedni kellene a hatékonyságban is.

Éppen ezért gondot fordítanak arra, hogy az önismereti vagy személyiségfejlesztő programok megkezdése előtt próbálják kiszűrni azokat, akik veszélyeztetettek a kedvezőtlen lelki reakciók szempontjából. Általában előzetes pszichiátriai kezelést kizáróknak szoktak tekinteni, a komolyabb pszichopatológiai tüneteket úgyszintén. Különböző panaszlistákat, skálákat, tesztekkel szoktak alkalmazni. Vizsgálják az önismereti, fejlődési motivációkat is. Az előzetes szűrésnek igen nagy irodalma van (pl. Woods, Melnick 1979, Budman, Clifford, Bader, Bader 1981 stb.), igen sok a próbálkozás, egyes szakemberek próba-interakciókat is rendszeresítettek, amelyek mintegy utánóznak a csoportfolyamatot, mások csoportelőkészítő kurzussal kezdenek (pre-training”), mégis azt kell mondani, hogy olyan biztos eljárás nem alakult ki, amelynek segítségével ki lehetne szűrni a veszélyeztetetteket. Lehet viszont a dekompenzációk valószínűségét csökkenteni. A vezető és munkatársai ezenkívül megállíthatják a csoportfolyamatot és kiemelhetik azt a csoporttagot, aki túl erősen tűz alá kerül. A tréningcsoportokban a leggyakoribb az ilyenfajta tüneti reakció, ill. személyiség-összeomlás, és ezért az erőltetett vissza-

csatolást teszik felelőssé. Ha igaz Goffman koncepciója, amely szerint a viselkedés szabályozásának vezérelve, hogy a személyiség önmagáról kedvező visszajelentéseket kíván nyerni interakciós partnereitől, vagyis énképének – általában idealizált énképének – megfelelő benyomást akar kelteni magáról azokban, akkor érthető, hogy az énképet gyorsan és erősen megkérdőjelező vagy romboló visszacsatoló információk megzavarhatják a személyiség működését (Goffman 1981, Tedeschi 1981 stb.). Általában a vezető feladatának tartják a megfelelő kiválasztást és a csoporttagok lelki egyensúlyának védelmét.

Részben a szelekciós és védő feladatok miatt, részben a strukturált gyakorlatok lebonyolítása érdekében a tréningcsoportokban gyakran két vezető dolgozik együtt (ún. koterápiás vezetés). Néha még külön segítők is igénybe vesznek.

A T-csoportokat vagy laboratóriumi csoportokat az utóbbi évtizedekben leggyakrabban érzékenységi, ill. érzékenyítő csoportoknak (sensitivity training group) nevezik (Sbandi 1970 stb.). A gyakorlatokon és a visszajelentéseken át ugyanis – mint már szó volt róla – a személyiség interperszonális érzékenysége növekszik. Igen behatóan kutatták, hogy valóban eredményesek-e az ilyen csoportok, és a szerzett képességek átvihetők és hasznosíthatók-e természetes munka és életkörülmények között. Az eredmények jónak bizonyultak (összefoglalóan: pl. Hampden-Turner 1970). Éppen ezért ezek a módszerek a legkülönbözőbb foglalkozások képzésében is elterjedtek. Mivel leggyakrabban a vezetőképzésben használták őket, az ilyen csoportokkal foglalkozók fokozott érdeklődéssel fordultak a munkaszervezetek felé. A klasszikus szenzitivitási csoportokba különböző helyekről összejött, ismeretlen emberek verődtek össze, és mintegy újrakezdték egymással a kommunikáció gyakorlását. A munkaszervezetekben már kialakult kommunikációs kontextusok vannak. A csoportszakemberek megpróbálták ezeket is fejleszteni, a szenzitivitási csoportok módosított formáival igyekeztek ezek szerkezetét feltárni, kóros mintázatait megváltoztatni. A már kialakult közös kontextus miatt eleve nem lehetett szó az intenzív, erőltetett visszajelentésekről, a visszajelentéseket tehát tompították, adagolták. Az érzékenyítési csoportok gyakorlati mellett más módszereket is használtak, és a foglalkozást általában sűrített gyakorlási időszakokban végezték, amikor a szakemberek teamje találkozott a munkaszervezet tagjaival vagy azok egy részével, és különféle csoportokat és megbeszéléseket tartott nekik. Ezt a rendszert szervezetfejlesztésnek nevezik. A szenzitivitási csoportok rendszerint szervezetfejlesztési programok részei. E programokban más – később említendő – csoportformációkat is hasz-

nálnak (pl. szabad-interakciós, humanisztikus, encounter stb.). Ezek a szervezetfejlesztési programok sokféle irányzat és iskola szellemében születhetnek meg, sokféle változatuk van, de mindegyik kielégítően hatékony (Cooper 1975, Rosenbaum, Snadovsky 1976, Lawrence 1979 stb.).

Az érzékenyítési tréning módszertani változatai közül gyakran használatos néhány változat, amelyben a hangsúly bizonyos viselkedési képességek célzott gyakorlásán van. Ezek személyközi, kommunikációs viselkedésformák. Vannak expresszív, kommunikációs, önérvényesítési (asszertivitási) és agressziós tréningcsoportok. Az expresszív és a kommunikációs csoportok többnyire a nem-verbális kommunikáció képességét gyakorolják és fejlesztik. Az expresszív csoportban a legfontosabb a hiteles kifejezőképesség gyakorlása, a kommunikációs csoportokban az egész kommunikációs folyamat lényeges, a kifejezésen kívül a kommunikáció iránti érzékenység másokkal szemben (különösen azok nem-verbális megnyilvánulásai iránt), továbbá a megfelelő ütemérzék, taktika és stratégia a kommunikációban. Gyógyító, segítő foglalkozásokban szükséges lehet az empátia célzott gyakoroltatása és fejlesztése. Ehhez sajátos csoportmódszerek alakultak ki, de ezek nagyon hasonlítanak az érzékenységi tréninghez, csak a mögöttes, rejtett jelentés, a nem-verbális kommunikációba és az egész kommunikációs szituációba sűrített üzenet felfogási képessége válik itt centrálissá (Buda 1978, 1979, 1985). Általában a tréningcsoportok – sőt, az önismeretfejlesztő vagy személyiségfejlesztő csoportok általában is – mindig empátianövelők, az empátia minden ilyen csoportban kiemelt szerepet kap. Az önismeretfejlesztéssel foglalkozó szakirodalom szinte filozófiai antropológiai tényként lát abban, hogy a mai emberben a verbális és az intellektuális szféra teng túl, míg az emóciók differenciálatlanok és a kommunikáció nem-verbális oldala szinte elfojtott és ismeretlen marad, miközben ez a kommunikáció szüntelenül aktív és mindennapi emberi kapcsolatokban igen nagy befolyást gyakorol. Ha sikerül az empátia fejlesztése, ez a személyközi érzékenyítés más elemeinek kibontakozását is magával vonja (Buda 1978, 1985, Hampden-Turner 1970 stb.).

Általában az önismeret fokozása és a személyiségfejlesztés eseményeinek megértésében utalni kell a személyiség említett növekedési modelljére. Ezek a módszerek ugyanis elsősorban felszabadítják a lekötött, megrekedt fejlődési potenciált valamilyen vetületben, nem szükségképpen gyakorolnak és tanítanak valamit, hanem – pszichoanalitikus terminológiát kölcsönvéve – „átdolgoznak”, ellenállással szemben leküzdenek valami akadályt, és ezután a fejlődés erői már gyorsan kimunkálják az adott képességeket. A tréningcsoportokban megfigyelhető, hogy a „tananyag” elsajátítása, a célzott pszichikus képes-

ségek fejlődése diszkontinuus, sokáig nincs lényeges haladás, azután ugrás-szerű változások következhetnek be. A tanulási aspektusnak mindenesetre nagy a jelentősége, ez együtt jár az ellenállások feldolgozásával és a motivációk változásával, hiszen a csoport nagyon sok, ún. próbacselekvési alkalmat nyújt és a visszajelentések éppen a viselkedés finom irányítását, célzott szabályozását teszik lehetővé. A tréningcsoportokban nagy az operáns és a modellkövető tanulás lehetősége is.

Az empátiának nagy szerepe van az önérvényesítési és az agressziós tréningben is, de itt a viselkedés sajátos teljesítményének szolgálatában áll és kevésbé hangsúlyos. Az önérvényesítési gyakorlatok lényege az, hogy a személyiség fokozatosan egyre nehezebb interperszonális helyzetek elé kerül és azokban meg kell próbálnia dominánssá válni, saját érdekeit erőteljesen képviselni. Általában ilyen helyzetekben már a megszólalás is nehéz, de a gyakorlatok végén más embereket szinte provokálni kell, jelképesen le kell győzni. Néha a csoportok ki is lépnek a laboratóriumi vagy intézményes helyzetből, kimennek az utcára, hogy ott személytelen, idegen emberi szituációkat válasszanak ki gyakorlásra. A csoporttagok gyakorlásos megnyilvánulásait azután a többi csoporttag megfigyeli és visszajelzésként értékeli. Az agressziós tréningben a helyzet elmegy a kommunikációs agresszió kifejezés szélső határaiig. Ilyenkor kifejezetten a konfliktus, a veszekedés tanulása a cél. Különösen elterjedt az agresszió tréningje és a konstruktív, kommunikációs konfliktusmegoldás ("konstruktív veszekedés") gyakoroltatása házaspárokkal. A konfliktusok elvállalása és megoldása ugyanis általában fejleszti a kapcsolatokat, a pár így képes tisztázni problémáit, amelyek az elfojtással csak súlyosbodnak. A modern emberben gyakori a kudarckerülő, szinte főbiás gátlás minden olyan helyzetben, amikor agresszív fellépésre lenne szükség. Az agresszió rendszerint spontán tör ki, és akkor többnyire destruktív, dezorganizált, fizikai jellegű. Pedig az agresszió kinyilvánításának tág, konstruktív társadalmi tere van, ha megfelelő kommunikációs keretben történik (Ammon 1979, 1982). Különösen a Bach-féle veszekedési tréning vált ismeretessé és széltében-hosszában használatossá az agressziós tréningmódszerek közül (Bach 1972).

Az önismereti és személyiségfejlesztő csoportmódszerek későbbi evolúciós folyamatában a viselkedési „edzés”, a kommunikációs tanulás, az empátia kibontakozása és a visszajelentések sűrítése mellett új mozzanat került reflektorfénybe, az élmény. Mégpedig a saját viselkedés komplex élménye az interakciós szituációban, ill. a másik emberhez való közelség sajátos élménye. Ez a tréningcsoportokban is megvan, hiszen ezekben is nagyon kell figyelni önma-

gunkra és ezekben is megnyílnak a csoporttagok egymás iránt. Az újabb módszerekben azonban az említett katalitikus, felszabadítóan fejlődésserkentő hatás (a lekötött növekedési tendencia felszabadítása) speciális élményeken át megy végbe. Az ilyen csoportokat élménycsoportoknak (Selbsterfahrungsgruppen, experiential groups) szokták nevezni. Ez az elnevezés többnyire a terápiás csoportokban honosodott meg, továbbá a segítő szakemberek képzésében használatos, hosszan tartó kiképző folyamatokban. Ilyenkor általában a csoport tevékenységét csak interakció teszi ki, az interakció teljesen szabad, mert nincs semmilyen előírás, kötött program, csupán néhány, az interakció keretét biztosító „játékszabály” érvényes (Berkowitz 1978 stb.). Ebben a módszerben a csoport eseményei viszonylag lassan bontakoznak ki, ezért tisztán szabadinterakciós csoportot a tréning. csoporthoz hasonlóan, célzottan, képességfejlesztés céljára ritkán alkalmaznak. Gyakran azonban rövid szabadinterakciós csoportélmény is alkalmas arra, hogy önmagát újszerűen élje át valaki és további személyiségfejlesztéshez kedvet kapjon. Itt említendő, hogy önismereti kiscsoportnak a huzamosan folyó szabadinterakciós csoportokat nevezik amelyekben nem betegek jönnek össze, hanem aktív, ép személyiségű, átlagos emberek, akik önmagukat akarják megismerni. Többnyire kiképzés előfázisának tekintik ezt. Az önismeret itt sajátos jelentéstartalommal bír, az angol self-experience, ill. a német Selbsterfahrung fordításaként használatos a magyar nyelvben. Elsősorban arra alkalmasak az ilyen csoportok, hogy az emberek önmagukat jobban, mélyebben, teljesebben átéljék. Igazában énatélési csoportokról kellene beszélni, mert az ismeretfogalom túlzottan a kognitív szféra felé tereli a figyelmet.

A gyors fejlesztést szolgáló csoportokban valamilyen elrendezéssel vagy szabályrendszerrel intenzívebbé teszik a folyamatokat. Elterjedt pl. az ún. maraton- vagy időextendált csoport, ebben a csoporttagok nagyon hosszú időn át vannak együtt, rendszerint egész éjszakán át, de szerveznek többnapos maratoncsoportokat is. Ilyenkor a csoporttagok nem tudják tartani szokott viselkedésmódjukat („viselkedéshomlokzatukat”), aminek segítségével ki tudják vonni magukat a személyes közelségből, távol tudják tartani maguktól a másik embert. Több szakember használja a maratoncsoportokkal kapcsolatosan is, de általában a személyiségfejlesztő csoportok összefüggésében is a maszk szót, utalva ezzel arra, hogy az emberek mintegy elrejtik magukat szerepeik, szokásaik, kommunikációs stratégiáik mögé, és amíg „elő nem bújnak”, képtelenek a változásra. Sokak szerint a személyiségre merevedő maszk a személyiség felnőttkori fejlődésének legfőbb gátja, a növekedési tendencia fő lekötő ereje. Ezért már az az élmény maga is fejlesztő, ha valaki megtapasztal

talja magát maszk nélkül. Az időextendált csoportban a „maszkot” a fáradtság véteti le az emberekkel. Emellett „ki is merülnek” a maszkot fenntartó folyamatok, a kommunikációs taktikák, a hosszas interakcióban ezek a csoport számára ismertté válnak, ezeket egy idő után elutasítják (Stoller 1972, Rosenbaum, Snadowsky 1976 stb.). Új, természetes módon kell tehát viselkedni.

Az időextendált csoportokban a visszajelentések ilyen módon sajátosan intenzívvé válnak és szinte lehetetlenné teszik a szokásos énképvédő mechanizmusokat. Emiatt az ilyen csoportok nagyon megterhelők a személyiség számára, a szokásosnál is gondosabb előszűrés kell hozzájuk. A lelki veszélyekhez fizikaiak is társulnak, a hosszabb maratoncsoportokhoz komoly fizikai állóképesség kell. Nem ritkák az infarktusok a maratoncsoportok alatt. Valószínűleg a megterhelő jelleg miatt újabban ezek az eljárások kevésbé használatosak.

Az időextendált csoportokban az ingerelvonás eszközével is élnek, az ilyen csoportok ugyanis általában zárt környezetben működnek, itt nincs mód kikapcsolódásra, szórakozásra, új ingerek keresésére. A különböző szórakozási formák az embereknek nagyon sok feszültséglevezetést engednek meg, a kikapcsolódás hatására újra tudják rendezni szokott viselkedési taktikáikat. Ezt a maratoncsoportok a környezet manipulálásával is csökkentik. A környezettel való manipulálás más csoportmódszerekben is szokásos. Vannak önismereti csoportok, amiket vízben tartanak. Elterjedt az ún. meztelen csoport, ilyenkor a csoporttagok hiányos öltözékben vagy teljesen meztelenül lépnek interakcióba egymással. Ezek a módszerek egyelőre csak Amerikában terjedtek el, a puritán közvélemény itt is elsősorban a szabadossággal, a szexualitással rokonítja őket, pedig ezekben semmiféle szexuális elem nincs. A meztelen csoport inkább szorongáskeltő, feszültségfokozó eszköz. A ruha igen fontos szociális maszk a személyiség számára, egy csomó lelki probléma elfedésére alkalmas (a saját testhez való viszony, szégyenérzések, önértékelési zavarok stb.). Sok ember a ruházattal sikeresen jeleníti meg önmagát, jó képet tud magáról kelteni. Ruha nélkül viszont meztelen lelki valóságában is kénytelen mások előtt feltárulkozni. Nem szabad elfeledkezni arról, hogy az önismerttet, személyiségfejlesztést igénylő emberek ritkán a magazinok szexsztárjai, leginkább idősödő, elhízott, már krónikus betegségek nyomait viselő emberek, a meztelenség tehát már nem annyira erotika, mint inkább szégyen a számukra.

A meztelen csoportok már átvezetnek az önismeretfokozó és személyiségfejlesztő csoportok egy tovább arculatába. Ez az ún. encounter-elem. Encounter angolul találkozást jelent. Ez a fogalom a másik emberrel való újsze-

rú, élményszerű intenzív érzelmekkel járó találkozás tényére utal. Igen valószínű, hogy a fogalom Moreno nyomán terjedt el. Moreno korai – még német nyelvű – írásaiban gyakran használatos a *Begegnung* szó, amivel azt írta le, hogy újszerű és intenzív élményt nyújtó találkozások emberek között katartikus, fejlesztő hatásúak lehetnek. Ő ezt a pszichodráma keretében figyelte meg. A pszichodráma módszerében bizonyos interperszonális eseményeket le kell játszani, meg kell jeleníteni, mégpedig minél nagyobb átéléssel és érzelmi hévvel. A módszer keretében az eseményt a különböző szereplők szemszögéből újrajátsszák, az eseményeket kísérő intrapszichikus folyamatokat (pl. belső vívódásokat, gondolati mérlegelést) külön is megjelenítenek (az ún. segédének közreműködésével). A pszichodráma tulajdonképpen egyesíti magában a tréning- és az encounter-csoportok sokféle tényezőjét. A dramatikus lejátzásban az emberek különös módon találkoznak egymással, kénytelenek nagyon közel kerülni egymáshoz, beleélni magukat egymás lelki helyzetébe. Ez a találkozás lehetett a modellje az elnevezésnek. A pszichodrámahoz hasonlóan sajátos találkozás pl. a meztelen csoport (ami lehet természetesen különböző kombinációkban is, ismeretes meztelen házaspárcsoport, meztelen maraton stb.) és a többi encounter-módszer, amelyekben mindig valamilyen speciális előírás, elrendezés intenzifikálja a kontaktusokat. Encounter-csoport lehet pl. a videocsoport, melyben az intenzív kapcsolódást a képek teszik lehetővé, amelyek mintegy objektíválódnak a folyamatban. Legtöbbször azonban érintéses, közelséget igénylő gyakorlatokat írnak elő. Meg kell fogni egymást, meg kell simítani, egymásra kell hagyatkozni stb. Az egyik gyakran használt encounter-elem pl. az, hogy behunyt szemmel hátra kell dőlni és hagyni, hogy a többiek elkapják az eső testet. Ez különös, ijesztő élmény lehet. Egyáltalán a másik közelsége, a vele való testi kontaktus nagyon erős találkozási élmény lehet, hiszen a mindennapokban a fizikai távolság erősen szabályozott, a kontaktus sokféle tilalom tárgya, a teljes intenzitást csak fokozatosan, nehezen érzük el egyes párkapcsolatokban. Szinte minden embernek vannak intimitási problémái, képességhiányai, az encounter-technikák ezekkel szembesítenek és ezek túlfejlődését teszik lehetővé (Burton 1969, Lakin 1972, Solomon, Berzon 1972, Hans 1975 stb.).

Az encounter-technikák sokat átvettek a gyakorlói, tréningmódszerek elemeiből, sok a klasszikus tréningmódszerek és az encounter-módszerek kombinációs vegyítési próbálkozása is. A klasszikus módszerekben ugyanis a csoporttagok énje viszonylagosan távol maradhat a többitől, a többihez elsősorban a csoportdinamikán át viszonyul, ill. a többi a visszajelentések forrása-ként szolgál számára. Az intimitási készség terén a személyiségfejlődést első-

sorban az encounter-elemek szolgáltatják. Mindenesetre a klasszikus csoportmódszerekben is sok az újszerű interperszonális találkozási élmény. Talán ezért alakult ki, hogy újabban az encounter-csoport mindenfajta csoportmódszer gyűjtőfogalma, ami klinikailag nem beteg emberek számára (az említett „terápia normálisok számára”) önismeretfokozást és személyiségfejlesztést munkál. Újabban az encounter-csoport fogalmába a szenzitivitási tréninget is befoglalják (pl. Lakin 1972, Solomon, Berzon 1972 stb.).

Az encounter-csoportok között ma a leggyakoribbak a humanisztikus pszichológia szemléletével vezetett csoportok. Elsősorban Rogers elméletét és csoportmódszereit alkalmazzák. Ezekben a csoportokban kisebb a strukturált gyakorlatok jelentősége, legtöbbször ezeket nem is alkalmazzák, és különösebb encounter-technikákat, „maszktalanító” és intimitásfokozó elemeket sem vetnek be. A kölcsönös megértés, az egymás felé irányuló érdeklődés és figyelem teszi intenzívvé a csoportot, a csoport együttesen törekszik arra, hogy mindenki kibontakozzon, identitásában fejlődni tudjon, kreatívabb legyen (Rogers 1967, Hans 1975, Bednar Stava 1979 stb.). A humanisztikus csoportok általában hosszabbak, folyamatszerűbbek, csak ritkán alkalmazzák őket kurzusszerűen, célzottan. Ilyen módon inkább a szabadinterakciós csoportokhoz hasonlítanak, és gyakran a szakemberek képzésében is használják őket.

Meg kell említeni, hogy a pszichodráma módszer maga is alkalmas önismeretfejlesztésre és a személyiség gyarapítására – mint erről már volt szó –, hiszen nagyon sok benne az intenzív, újfajta élményeket mozgósító „találkozás” a másik emberrel. Sokat használják is a pszichodramát (technikáját illetően: Moreno 1954, 1960) erre a célra. Moreno nemcsak a pszichodráma, hanem az ún. szociodráma kidolgozója, ebben formális társas helyzetek, szerepviszonylatok érzelmi és élményszerű aspektusát dolgozzák fel a csoporttagok. Ennek módszerei az ún. szerepgazdagítási tréning (role-enrichment training) technikáiban találtak visszhangra. Ezeket a módszereket vezetőképzésben, szervezetelemzésben, szakemberek képzésében, sőt, házaspárok terápiájában is felhasználják, mégpedig általában kurzusszerűen. Morenótól származik a szociometria eljárása. Ez egyszerű módszer a csoporttagok közötti vonzás és ellenszenvviszonyok kimutatására, ezt a módszert ma egyre többször használják az önismereti és a személyiségfejlesztő csoportokban, mint a csoportfolyamat, ill. az egyéni csoporthelyzet mutatóját (technikája: Mérei 1971).

Távolról sem merítettük ki a használatos egyéb csoportmódszereket. Talán még a Gestalt-technika (Fritz Perls és mások módszere) érdemel említést,

mert az encounter-csoportok közül ezt a módszert használják nagyon gyakran. A Berne-féle tranzakcionális analízis is rendelkezik sűrített programokban felhasználható csoportos, szervezetfejlesztésre is alkalmas technikákkal, ezek is széles körben elterjedtek (Berne 1963 stb.). Vannak meditatív csoportmódszerek is, amelyek önismeretfejlesztésre alkalmasak. Ismeretesek Gendlin „fókuszolás” elnevezésű módszerének is encounterszerű változatai (Gendlin 1978), ezek az ún. Changes-mozgalom (Változások) keretében folynak ma Amerikában. Terjedőben van egy különös módszer, amiről ma még csak irodalmi közlések alapján tudunk, az ún. awareness-group, ill. consciousness-raising group technikája. Tudatosítási vagy öntudatfokozó csoportokról van szó, ezek nem elsősorban önismereti csoportok, hanem arra szolgálnak, hogy azonos identitású emberek identitástudatát fejlesszék. A módszereket először a feminista mozgalom dolgozta ki, a női életforma pszichológiai problémáinak jobb megértését akarta elérni vele, de legfőképpen azt, hogy a nők öntudatosabban képviseljék érdekeiket és értékeiket (Horn 1971, Cooper 1975 stb.).

Voltaképpen az önismeretfejlesztésre és a személyiség kibontakoztatására alkalmazott csoportmódszerek ma szinte ellenőrizetlenül burjánoznak, több módszerből előállított technikai vegyületeket, egy-egy módszertani elem hangsúlyát, valamilyen folyamatgyorsító vagy intimitásfokozó – mozzanat kiemelését rendszerint külön névvel, külön „címkével” szokták ellátni és a módszert mint újat, eredetit „adják el”. Sok szélsőséges, pillanatnyi divatnak hódoló eljárás is elterjed és híveket talál magának. Erre több szakember felhívta a figyelmet, a csoportmódszerek „inflációjáról” szólva (pl. Bach, Molter 1979, Nagel, Seifert 1979 stb.). A csoportpszichoterapeutákat komolyan aggasztja ez a helyzet. Az új eljárások ugyanis általában nagyobb eredményeket ígérnek, több bennük a messianisztikus elem, szélesebbre tárják az indikációk kapuját és kevesebb gondot fordítanak az előszűrésre, a csoportmunkából eredő veszélyek kiküszöbölésére. Ezért az ilyen csoportokban több ártalom, több pszichikus dekompenzáció fordul elő. A nagy csoportpszichoterápiás szakmai társaságok (pl. az amerikai és a kanadai csoportpszichoterápiás társaság) propagandamunkát is kifejt a „fogyasztók védelmében” és különféle kiadványokkal is segíti a csoportokat keresőket, hova érdemes fordulniuk, milyen célra, milyen csoportmódszert célszerű igénybe venniük.

A csoportszakemberek szerint ugyanis a jó önismereti és személyiségfejlesztő csoportmunka záloga a megérlelt, bevált módszerek szakszerű alkalmazása (e módszerekről pl. lásd Rudas 1984), ill. a csoportvezetők megfelelő képzettsége. A képzettség rendszerint a képzési követelményeknek megfelelő önismereti, ill. kiképző csoporttagság, kiképző kurzusok sikeres, vizsgával le-

zárt elvégzése, huzamosabb szupervízió, esetleg folyamatos csoportvezetői Bálint-csoport a tényleges tevékenység megkezdése utáni első időben, továbbá a megfelelő konzultációs és intézményes háttér. Ez utóbbi képes a felmerülő problémákban segítséget biztosítani a csoportvezetők számára, és képviselni is tudja őket vitás esetekben a társadalommal vagy annak különféle intézményeivel szemben. Fontos szempont, hogy a csoportmódszerek ne ártsanak, ne károsítsák a személyiséget, viszont legyenek hatékonyak és a megfelelően együttműködő csoporttagok személyiségének a fejlesztésére valóban legyenek képesek. Az említett csoportmódszerek eleget tesznek ennek a kritériumnak – mint említettük –, érettebb, integráltabb, emberi kapcsolatra alkalmasabb személyiségekké válnak a csoporttagok. Gyakran megfigyelhetők a szerzett képességgyarapodások terén transzferhatások is, a megindult változás a személyiségben pozitív visszacsatolásos módon továbbfolytatódik.

Az önismereti és személyiségfejlesztő csoportmódszereknek igen nagy a jelentősége a mai társadalomban. Nyilvánvaló, hogy ezek a módszerek – ill. ezek egyes elemei – a közeljövőben már egyre nagyobb mértékben be kell kerüljenek az intézményes nevelés, személyiségfejlesztés gyakorlatába. Van azonban közvetlenebb perspektívájuk is. A hetvenes évek második felében a nyugati országokban érdekes társadalmi mozgalom indult meg, az ún. önsegítő csoportok mozgalma. Ez a mozgalom vagy szembenáll, vagy távolságot igyekszik tartani a terápiás intézményektől és a személyiségfejlesztést ígéro szervezetektől, amelyek a nyugati világban profitorientált organizációk. Az említett csoportmódszereket általában tetemes részvételi díj ellenében bocsátják az érdeklődők rendelkezésére. Az önsegítő csoportok vagy nem igényelnek csoportvezetőt, legfeljebb induláskor vagy konzultációk céljából (leaderless groups), vagy pedig maguk választják csoportvezetőiket akiket azután valamilyen korlátozott továbbképzésre küldenek. Ezek a csoportok általában a csoporttagok közös identitása vagy közös pszichológiai, pszichoszociális problémája alapján szerveződnek (kisebbségi csoportok, hátrányos helyzetben lévők csoportja, krónikus betegek csoportjai, elváltak, beteg gyerekekkel rendelkezők stb. csoportjai). Az ilyen csoportok érdekképviselési feladatokat is gyakran elvállalnak öntudatfokozó tevékenységük is van, de többnyire a személyiség képességeinek fejlesztését végzik, mert az alapvető problémának rendszerint nincs radikális megoldása, a személyiségnek kell változnia, hogy jobban el tudja viselni, alkalmazkodni tudjon hozzá, el tudjon fogadni újfajta segítséget vagy találjon kreatív részmegoldásokat. Ezek a csoportok nagyon hatékonyak, jól működnek, a mentálhigiénés szakemberek fontosnak tartják támogatásukat. Ezek a csoportok gyakran készségesen veszik át az encounter-

módszereket, a csoportdinamikai előírásokat (Moeller 1978, Rodolfo, Hungersford 1982 stb.). E csoportokon keresztül az önismeretfokozás és személyiségfejlesztés igen nagy közvetlen távlatokat kap.

Az önismereti igény és a személyiségfejlesztés terén kibontakozó események szociálfilozófiai szemléllői gyakran említik (ez a pszichoterápiával szemben egészében is gyakori kritika), hogy a különféle segítő mozgalmak csökkentik azt a társadalmi feszültséget, amely előnyös társadalmi, politikai változás létrehozására lenne alkalmas. Azért csökkentik, mert a személyiséget az adott viszonyokhoz való alkalmazkodásra készítetik (pl. Horn 1971). Az önsegítő csoportok példája is mutatja, hogy ez a vád megalapozatlan. Az önismeretében fejlődő, több pszichológiai képességgel, integráltabb személyiséggel rendelkező ember éppen kreatívabb és nagyobb társadalmi aktivitású, tehát éppen a társadalmi fejlődés tényezőjévé válik. Általában az önismeretfejlesztő és személyiséggyarapító csoportok a demokratizmus politikai ideálját hordozzák, és elterjedésük, kibontakozásuk is csak demokratikus társadalmi feltételek között lehetséges.

8. Gondolatok a rádió társadalmi mentálhigiénés funkcióiról az ezredforduló perspektívájából

Minden tapasztalat, adat arra mutat, hogy a rádió napjainkban nemcsak él és hat, hanem még fejlődik és virágzik is. Ez azért meglepő, mert az utóbbi évtizedek kommunikációforradalma a rádiónak igen sok vetélytársat teremtett. Erőteljesen fejlődött pl. a sajtó, nagyon sok a helyi kiadvány, a sokszorosítási lehetőségek az új technikai eszközök segítségével korábban elképzelhetetlen gyorsaságú írásos informálást engednek meg.

Új távlatai vannak a telefonálásnak is (üzenetrögzítés, szimultán értesítések, egybekapcsolt társas beszélgetések, ún. telefonkonferenciák stb.) – sajnos nem nálunk...

A rádió maga is riválist teremtett magának a korlátozott hatótávolságú rádiós hírközlés kialakulásával. A nagy rivális természetesen a televízió, amely ma már erősen megközelítette a rádió vételi lehetőségeit, és jelenleg már portábilis és miniatürizált készülékkel is olcsón hozzáférhető. Megteremtődtek tehát a „háttértelevíziózás” új feltételei. Nagy és növekvő rivális a hang- és képrögzítés korszerű technikája, így a magnetofon és a képmagnó, de tulajdonképpen a hifi technika vagy lézeres lemez technika is, hiszen a zeneévezetnek jobb lehetőségeit nyújtja, mint a rádió. Mindehhez hozzá kell venni a szabadidő-eltöltés egyre differenciáltabb alternatív lehetőségeit, a modern ember megnövekedett mobilitását, a mozik hangversenytermek, kiállítások gazdagodó kínálatát, és akkor érthetővé válnak azok az aggályok, amelyek a rádió szerepének elhalványulását jósolták. Ezzel szemben a hallgatótság nagy, ugyan változik, de számos paraméterében nő. A rádió még mindig a legszélesebb körben hozzáférhető tömegkommunikációs eszköz csakhamar minden ember minden lakó és munkahelyiségében, közlekedési eszközében, tartózkodási helyén vajn rádió, mindenhová elvihető. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a nagyvilággal való információs kapcsolat leggyorsabb és legáltalánosabb formája a rádió. Az aktuális híreket leginkább a rádióból tudja meg az ember, a közvetlen vizuális benyomásokat ezekről természetesen a televízió adja, a kommentárokat pedig leginkább a sajtó.

A rádió tehát a társadalmi jelenlét eszköze. Páratlan a szinkron lokális koordinációs képessége a rádiónak, nem véletlen, hogy a rádió számos országban a katonai, politikai, közigazgatási vagy közlekedési koordináció eszköze. A társadalmi szabályozás szempontjából nem elhanyagolható, hogy a rádió egész rendszere általában és vevőkészülékei partikulárisan technikailag egyszerűbbek és olcsóbbak, mint a televízió, a társadalom „regressziós állapotában” (pl. háború, természeti katasztrófák stb.) a rádió könnyebben megtartható és használható. A közlekedésben betöltött szerepe óriási, pedig ezt a szerepet a mai rádiók általában még nem aknázzák ki eléggé. Módszertanilag pedig megoldható lenne a közlekedés áramlását elősegítő információ gyors, sokközpontú továbbítása, általában nagyobb embercsoportok ésszerű mozgatása a választási lehetőségek, alternatívák szélesebb spektrumának felajánlása révén.

Nem teljesen kimunkált terület, de számos adattal, érvel alátámasztóan általánosítható, hogy a rádió pszichológiai hatása sajátos és jelentős, bizonyos vetületekben erőteljesebb, mint más tömegkommunikációs eszközöké. Különösen az érzelmekre való hatás, az önreflexió kiváltása, az introspekció fokozása szempontjából nagy a rádió jelentősége. Ez talán összefügg azzal is, hogy a rádióhallgatás ma túlnyomóan magányos aspektus, mert vagy akkor történik, amikor az ember egyedül van és valamivel magában van elfoglalva, ami szellemi energiáit nem köti le teljesen, vagy pedig akkor, amikor a társas kommunikációban szünet van, és valaki abból kikapcsolódva a háttérben szóló rádióra figyel. Bizonyosan összefügg azzal, hogy a hang keletkezésében és feldolgozásában nagyon közel áll az érzelmekhez, ez a zene tényében is tükröződik. A rádió mint tiszta hangkommunikáció olyan intenzíven engedi meg a figyelem összpontosulását a hangeffektusokra, amennyire a valós interakciók vagy az audiovizuális eszközök soha sem teszik azt lehetővé, hiszen azokba bekapcsolódik a vizuális csatorna, ott figyelni kell a nem-verbális kommunikáció különféle bonyolult jelzéseire. Általában a kommunikáló személy érzelmi állapotából több információt közvetít a tiszta hang, mint a közvetlen kommunikációs totalitás vagy annak valamely kétdimenziós analogonja. A magányos hallgatásból következik, hogy a rádió üzenete tovább visszhangzik a személyiségben, egyszerűen több idő van erre és kevésbé zavaró a kísérő és következő szociális interakció. A televíziós műsorokat jobban meg is beszélnek egymással a családban az emberek, a nézés új ingerözönében kissé túl is terhelődnek. A rádió nem szolgáltat annyi sok ingert, viszont a kommunikáció érzelmi töltését közvetíti elsősorban.

Mindebből következik is, merre várható a rádió fejlődése a következő szűk másfél évtizedben, az ezredfordulóig terjedő időben. Nyilvánvalóan az információs koordináció, a gyors és széles körű tájékoztatás fog fejlődni, továbbá a pszichológiai célú felhasználás. Erről érdemes is kissé bővebben szólni. Meg kell azonban említeni, hogy viszonylag kevés az olyan vizsgálat, amely a különböző tömegkommunikációs eszközök felhasználásának összefüggéseit, vagy pedig a mai szabadidőeltöltési szokások és a rádiózás viszonyát elemzi. Valószínű, hogy a több hírszóró eszköz interferenciája, továbbá az emberek elfoglaltságaiból adódó korlátozások és igények a rádió jelenlegi műsorstruktúráját változásra kényszerítik. Kérdéses, kell-e pl. annyi zene, olyan összetételben és olyan műsoridőkben, mint ahogyan ezt most csinálják, olyan korban, amikor kazettán és „walkman” segítségével bárki könnyen hozzájut a „saját zenéjéhez”. A komolyzenét a műértő a saját eszközei segítségével tisztábban, élvezhetőbben kapja meg, mint a rádión, megválaszthatja a zenekarát, karmesterét. Valószínűleg el kell tehát tolódjon az aktuális, egy, idejű zenei események közvetítésére a hangsúly, esetleg olyan zeneszámokéra, amelyek kevésbé ismertek és amelyeket a rádió valamilyen okból meg akar kedveltetni. Úgy látszik, jól bevált, hogy bizonyos rádióadók csak vagy főleg komolyzenét, vagy éppen tánczenét sugároznak. Az ilyen műsorok nyilvánvalóan meghatározott társadalmi rétegeknek szólnak, ezekre a rétegekre azután speciális reklámok és befolyásolási akciók irányulhatnak. Ugyanakkor az irodalom közvetítésére a rádió változatlanul alkalmasabb lesz, mint a televízió.

A gyors és aktuális tájékoztatás terén a gazdasági hírközlés kevésbé kihasználta, pedig ez nagy jelentőségű lehetne. Árfolyamváltozásokat, leértékeléseket, készleteket és igényeket, együttműködési ajánlatokat stb. lehetne továbbítani, különféle aktuális alkalmakhoz kötötten. Különösen meg lehet gyorsítani az informálást – ezt hazai műsorok is mutatják, pl. Ötödik sebesség vagy a Táskarádió –, ha van valamilyen telefonszám, amelyen az érdeklődők jelentkezhetnek és tisztázhatják a kapott hírt a maguk számára. A gyors és aktuális tájékoztatás differenciáltabb kibontakozása valószínűleg azért nem történt még meg, mert a rádió ma még a legtöbb helyen hatalmi eszköz, ill. politikai célok érdekében koncipiált és még nem terjedt el eléggé a szolgáltató rádió eszméje. Pedig a hallgatók széles rétegeinek nyújtott információs szolgáltatás valószínűleg politikailag is előnyös, mert szívesebben fordulnak a rádióhoz azok, akik kapnak is attól valamit. Voltaképpen a műsor is szolgáltatás, mint szórakoztatás, de éppen a szórakoztatás az, amiben a rádió csak korlátozottan tud versenyezni vetélytársaival, azoknak sokkal több a lehetőségük e téren. A gyors, pontos és hasznos információval a hallgatókat szorosabban oda lehet

kötni a rádióhoz. A rádiónak is kialakul a hallgatóban valamilyen imágója és erre tudatosan érdemes vigyázni. Az imágó a reklámok szempontjából nagyon fontos, a nyugati országokban, ahol a hirdetésekkel befolyó jövedelem lényeges, ezért szoktak különösen vigyázni rá, vagy próbálják pozitívrá manipulálni. A reklámokat tekintve ugyancsak hátrányban van a rádió hiszen a reklám szempontjából az az előnyös, ha minél többre jut az információ, minél erőteljesebben és tartósabban hat a befogadóra. A reklám nehezen nélkülözi a vizuális csatornát. Csak bizonyos speciális reklámoknak kedvez inkább a rádió, valószínűleg a szolgáltatások vagy szolgáltatásszerű áruk kínálatának, különösen olyankor ha az időtényező jelentős. Feltehető ezért, hogy a reklámok is kisebb teret kapnak majd a jövő rádiójában vagy más jelleget öltenek. Ez a folyamat nálunk kevésbé lesz kifejezett, hiszen a reklám még nem honosodott meg eléggé a magyar rádiózásban. Valószínűleg szűkül a tere a rádiójátéknak is, az irodalmi feldolgozásokat a magnetofonkazetta sokkal szabadabban tudja megjeleníteni, nem kell annyira gazdálkodni az idővel, nagyobb előkészületet, eszközráfordítást engedhet meg a lemezt vagy kazettát előállító stúdió, mint a rádió, amelynek sorozatban kell produkálni a műsoranyagokat. Még inkább virágzásnak indulhat azonban minden, ami közvetlen, intim beszélgetés, vagy pedig aktuális eszmecsere, vagy vita. A televízióban már nehézkessé válna az az interjú, amely a rádióban még érdekes és figyelmet köt le. Olyan intimitási fokot televíziós vagy filminterjú soha sem érhet el, mint a rádióinterjú, és a hang érzelmi töltését viszont a leírt interjú nem tudja megközelíteni. Az interjú a rádió egyik kiemelt lehetősége. Ha csak arra kell valakinek ügyelnie, hogy mit mond a mikrofonba, sokkal intimebb tud lenni, mintha számít arra is, hogy látják, tehát énképének prezentációjával is foglalkoznia kell. A nézetek ütköztetése, a vita szintén csak a rádióban valósítható meg ilyen elevenen. A televízióban a vágás nem megy ilyen könnyen, nehezebb kiragadni a vita sodrásából a legfontosabb elemeket. A vitapartnerek csak hangban – az interjúhoz hasonlóan – szabadabban adják magukat. Igen hatékony eszköz, a televízió is rákényszerül használatára, hogy a vitákba hallgatók is bekapcsolhatók legyenek.

Külön műfaj a hírközlés, ennek sűrítése elkerülhetetlen a jövőben. Valószínűleg kell majd fakultatív híralkalmakat is teremteni. Jelenleg a világ legtöbb rádiójában a híradás rituális és monoton, nagyon kevés rádió él azzal a fogással, hogy a hallgató lelkébe képzelettel magát, és azokról az eseményekről, amelyek folyamatos érdeklődést tartanak fenn, az aktuális ügyekről soron kívül, de várható időben rövid hírt ad. Nyilvánvaló, ha valami katasztrófa történt, túsdráma van, heveny katonai konfliktus bontakozott ki, a hallgatót idegesíti

a hivatalos hírperiódus protokolláris híreinek ismételt végighallgatása, hiszen őt nem ez érdekli.

Ilyenkor többet érne, ha a hallgató tudja, hogy a rádió számít az ő érdeklődésére és – mondjuk – minden órafordulóban szól néhány szót az adott eseményről. Ilyen eszközzel is nagyon lehet fokozni az érzelmi kötődést a rádióhoz, amire nagy szükség lehet. Nem érdemes ezt a kötődést, bizalmat eljátszani, és bizonyosan „bumeráng effektust” kelt az a meggondolás, hogy csak hallgassa végig a rádiót kinyitó ember a politikai célból neki szánt, de őt az aktuális hírhez képest kevésbé érdekes hírt is.

Valószínűleg a mai rádiózásban sok a fel nem ismert hasonló bumerángaffectus. Feltételezhető, hogy a politikai vagy más megfontolásból nem teljes, elhallgatott vagy szépítő híradás sem éri el a célját, inkább elfordítja a rádiótól a hallgatót, és rivális rádiók malmára hajtja a vizet. Ez nagyon nehéz kérdés, a magyar rádióknak valószínűleg egyik sarkalatos problémája. Ma már nem annyira mindennapos ez a kérdés, de még a közelmúlt eseményeiből is számos példát lehetne hozni arra, hogy a nem megfelelő tájékoztatás miatt igen sokan fordultak idegen, ill. idegen nyelvű adások felé. Valószínűleg nem éri meg a pillanatnyi politikai kényelem „egy tál lencséjéért” feláldozni a bizaalom „örökségét”.

A rádióval való pozitív kapcsolatot segítheti a rádió kulcsszereplőinek személyessége. Ez a tömegkommunikációs – televíziós, ill. rádiós – személyiség elég jól megismert és kimunkált problémaköre. Bizton állíthatjuk, hogy a rádiós személyiség nagyobb érzelmi hatásokat tud kiváltani, mint a televíziós. Csak hangon át könnyebb kongruensnek maradnia, a televíziós szereplő inkongruenciáját a vizuális kommunikációs csatornák jobban elárulják. Ha ma nem is képzelhető el olyan nagy effektus, mint a rádió egyeduralma idején (pl. az amerikai rádiós kampányokban a háború alatt, a különböző országokban – pl. a Szovjetunióban – a nagyarányú kötődés egy-egy bemondóhoz, akinek meleg, emberi, természetes beszéde volt stb.), de azért nagyon erős imaginárius kapcsolat alakulhat ki a rádióssal. Kiváltképpen, ha nyílt, eleven helyzetekben van és azokat kézben tudja tartani, ha tud személyes lenni. A mediterrán latin országok rádióiban nagyon sok jó példa mutatja, hogyan lehet igen hitelesen és személyesen levezetni az egyszerű, rutinszerű rádiós műsorokat, információs közléseket is. Nem előnyös a mi rádióinkban még mindig élő protokoll, a bemondó hivatalossága, hűvössége, nem szerencsés minden műsor-elemben a produkció kihangsúlyozása azzal, hogy az összes szereplő nevét felsorolják. Lassan terjed a felsoroltak köre, olyan technikai funkciókat is megemlítenek, amelyek az őket betöltőkön és családtagjaikon kívül senkit

sem érdekelne. Ezeket az információkat át kellene ruházni a műsorújságra. A televízió is túl sok embert sorol fel minden műsor után, hovatovább a főportás neve is megjelenik, de a műsor utáni szünetigénybe, a műsor lélektani „emésztésének” folyamata közben ez kevésbé zavaró, mint a rádióban. A rádiót meg kellene személyesíteni, ezt könnyen meg lehetne valósítani, és ezzel a hatás is fokozódna.

A rádión át történő társadalmi méretű mentálhigiénés segítség lehetőségei nagyok. Itt érvényesülhetnek azok a műsorkonstrukciók, amelyek elgondolkodtatják, valamilyen reakcióra bírják a hallgatókat. Ismét nagyobb a hatékonyság, ha arról van szó, hogy a rádió összeköttetést teremt valamilyen lakossági szükséglet és valamely arra hivatott intézmény, szervezet vagy szolgáltatás között.

A rádió maga is tarthat fenn szolgáltatásszerűen tanácsadást. A gyakorlatban elkerülhetetlen is, mivel a rádióba beözönlő levelekkel, jelentkezésekkel, telefonokkal valamit kezdeni kell. Ezeket koordinálni lehetne valamilyen központi szolgáltatáson át. Jelenleg a telefonos műsorok maguk keresik és biztatják azokat, akik végül is jelentkeznek, a rádióhoz mint intézményhez, mint imágóhoz fordulók információit és szándékait kevésbé csatolják vissza különböző műsoregységek felé. Jelenleg nálunk is és a világ számos más rádiójában elsősorban a panaszokra és a bejelentésekre irányul a figyelem, a rádió belemegy a rá projektált hatósági szerepkörbe, eljár pl. valakinek az érdekében, elmarasztal másokat stb. Sokkal hasznosabb lenne a személyes igényeket, gondokat, problémákat visszakapcsolni a műsoranyagba, amennyiben azoknak van közérdekű arculatuk. A rádióhoz fordulók természetesen zömükben szakintézmények és szakszolgáltatások felé terelendők, de bizonyos, hogy nagyon sok olyan ember van, aki mint hallgató, a rádióműsor által megmozgatott állapotban a rádió tanácsadó ágenciájához szívesen fordul, máshová viszont magától nem megy. A további segítség megszerzéséhez szükséges információkat és motivációkat viszont a tanácsadás megadhatja nekik.

A rádió nagy feladata kellene legyen, hogy az önsegítő csoportok kialakulását és működését segítse elő. Ma a mentálhigiéné szinte legfőbb perspektíváját az ilyen csoportok jelentik, ezek a krónikus betegségekben szenvedőkre éppúgy kiterjednek, mint a hozzátartozóikra, a deviáns viselkedésű vagy lelki problémákkal küzdő emberekre és hozzátartozóikra. Az ilyen csoportok megalakulása és munkába lendülése kezdetben igen nagy nehézségekbe ütközik, ezt a rádió úgy tudná egyengetni, hogy egyben terápiás jellegű információkat is adhatna az érintetteknek, befolyásolni tudná az adott jelenségekkel, gondokkal kapcsolatos társadalmi közvéleményt is. Az önsegítő csoportok után-

pótlását és külső támogatását is tudná segíteni a rádió. Általában a segítő, támogató erők mozgósítása a mai társadalomban: jelentős erőforrás, ezekkel lényegében semmilyen intézmény nem foglalkozik.

Éppen a tömegkommunikációs gyakorlat mutatja, hogy ezek a szunnyadó erők milyen könnyen mozgósíthatók, egy-egy dramatikus esemény hírére nagyon sokan adnak munkát, értéket, pénzt vagy egyéb segítséget. A megfelelő célcsoportokban kellene ezeket az erőket mozgósítani, erre dokumentatív, helyzetfeltáró, szakértőket és problémás embereket megszólaltató műsorok, de különösen ezeknek a stratégikusan felépített sorozatai nagyon alkalmasak lennének.

Bár a bajban lévő emberek célzottan is elérhetők és gyakorolható rájuk rádióműsorokon át támogató vagy fejlesztő pszichológiai hatás, igazában érintett környezetük a rádió legfontosabb célcsoportja. A pszichiátriai betegek, alkoholisták, öngyilkosok, drogosok stb. hozzátartozói és környezete szorultnak leginkább tanácsra és segítségre, és ezen a környezeten át lehet az adott bajban a legtöbbet segíteni. Ez a probléma összefügg az önsegítő csoportokkal és a segítségi minták, készségek kérdésével, de mégis kicsit más. Az ilyen magatartásmódok nagyon megterhelik a környezetet, így a környezet aktívabb, célzott és tudatos viszonyulása nemcsak a deviánsoknak segítség, hanem környezetük számára is mentálhigiénés védelem. De pl. az öngyilkosság megelőzésében a hozzátartozóknak és a környezetnek kulcsszerepe lehet.

A rádió értékes pszichológiai hatást fejthet ki krízisek ügyében. A krízisek értelmezése és kezelése nagyon homályos és implicit a köztudatban, minden információ vagy pszichológiai hatás, amely ezt a jelenségekört világosabbá teszi, nagy segítség lehet az érintetteknek. A krízissel gyakran függ össze az öngyilkosságveszély is. A krízismegoldás tehát egyben az öngyilkosság-megelőzés eszköze is. A sikeresen megoldott krízisek a személyiséget fejlesztik. Sok szakember szerint a krízis az az alkalom sok ember életében, amely – bármennyire fájdalmas és veszélyes – megállt, megakadt személyiségfejlődést előbbre lendítheti. A krízisek e pozitív oldalának hangsúlyozása fontos üzenet lehet sok ember számára, olyanoknak is, akik éppen nincsenek krízisben, mert valószínűleg előbb-utóbb ők is belekerülnek.

Végül az érdemel említést, hogy a rádió nagy mentálhigiénés jelentőségű lehet az emberi kapcsolatok kultúrájának fejlesztése révén. Az emberi kapcsolatok gondjai és viszontagságai mindig nagy figyelmet keltenek, a problémák intim elmondása, esetleg megvitatása nagyon hatékony és megmozgató üzeneteket közvetíthet, elgondolkodtathat. Kommunikációs: nehézségek, félreértések, empátiahiány, feszültség, konfliktus és krízis nagyon sok van e té-

8. Gondolatok a rádió társadalmi mentálhigiénés funkcióiról

ren és nagyon sok az olyan megnyilvánulás, amely felszínesen ismert mindenki számára, de lényegét kevesen értik, még azok sem, akik ezeket átélték (szerelem, féltékenység, csalódás, partnervesztés, válás stb.). Ezek nem csupán kimerítetlen, hanem kimeríthetetlen és nagyon érdekes témák, a megoldások – mármint a rádiós megoldások, műsorkészítési lehetőségek – nagyon sokrétűek.

Utolsó gondolatként az említendő meg, hogy a rádió fejlődésének használna, ha a különféle változások, amelyek a jövőben kialakulnak – esetleg a felsorolt szempontok jegyében, valamiféle hatásvizsgálatokkal követhetők és értékelhetők lennének. Nem tudom, mennyire követi most nálunk a tömegkommunikációs kutatás a rádió hallgatottságát és tetszési indexét, valószínűleg a mérési módszerek alkalmazása túl költséges ahhoz, hogy a rádióra rendszeresen alkalmazzák ezeket, a televízió vonja el az erőket, de valamilyen monitorozás szükséges lenne. Lehetséges indexeket képezni különböző indirekt jelekből (pl. a hallgatói reflexiók, kis panelek – pl. a rádió szervezetén belül működő emberek – kikérdezése a Delfi-módszerrel, vagy éppen a műsorokba iktatott felhívás bizonyos reakciók nyilvánítására stb.). Ezek is sok felvilágosítást adhatnának.

II.
SZEMLÉLETI ALAPOK
A) EMBERKÉP,
ANTROPOLÓGIA

9. Az autonóm ember problémája a pszichológiában

Az autonómia kérdése viszonylag későn vetődött fel a pszichológia fejlődésében. Ez azért érdekes, mert abban a filozófiai hagyományban, amely a lélektan történeti előzményeként fogható fel, a probléma gyakran megjelent. Igaz, búvópataként, más formában, más vonatkoztatási rendszerben.

Elsősorban a filozófiai antropológia foglalkozott az emberi autonómiát érintő dilemmákkal. A görögséget – nemcsak a filozófiában, hanem a drámairodalomban is a sorssal szembeni autonómia érdekelte, és ennek vizsgálatában rávilágítottak az ember egyik fő sajátosságára, a magasrendű értékek képviselésére és preferenciájának képességére az érdekekkel vagy akár a veszélyektől való megmenekülés lehetőségével szemben. Eme emberi sajátosság a tragédiák drámai feszültségének egyik alappólusa.

Szokratész és Plátón az értelem és a megismerés segítségével próbálta megfogalmazni az ember autonómiáját a világgal, az anyagi és az élő univerzummal kapcsolatban. A sztoikusok és az epikureusok felfedezték a szubjektumot és annak valamiféle békéjét a szükségieteket és lehetőségeket összeegyeztető életelvek rendszere révén. Cicero méltatlanul mellőzött antropológiai érdeklődése szinte minden előző és későbbi gondolati vonalat megpróbált továbbvezetni. Seneca szinte a latin Epiktetosz az értelem és a kognitív-emotionális életelvek kifejtésében. Augustinus a szubjektív harmóniát és a emberi lét korlátaitól való függetlenséget az isteni rend elfogadása és sajátos introspektív vonatkozása, átélése révén valósítja meg.

Az individualizáció áramlata azután a renaissance, majd a felvilágosodás idején hozza felszínre a szubjektum igényvilágát, öntörvényű értékeit. A 18. század német filozófiájában és irodalmában jelentkező individualizmus tükrözött egyfajta autonómiaképet. Ez bizonyos fokig megmutatkozik a nagy német filozófusok antropológiáiban, de pl. a mai lélektan előfutárának tekinthető Kant-írásban, az Anthropologie-ban inkább az a nomotetikus érdeklődés nyilvánul meg, ami később a pszichológiára jellemző, vagyis inkább az ember „működéséről” van benne szó, semmint helyéről a világban és a társadalomban. A „működés” köti le azután a már lélektannak nevezett bölcséleti közléteket, még inkább az empirikusokét, amelyeket már a logikai pozitivizmus

paradigmája és a biologizmus jellemez, ill. a természettudományos gondolkodási modell antecedens determinizmusa. Az akaratpszichológia érdekes példa. Kezdetben igen fontos téma és a filozófiai „szabad akarat” kérdés folytatása a lélektanban, később, mint Lewin könyve (*Wille als Vorsatz und Bedürfnis*) szemléletesen kifejezi, már feloldódik a determinizmusban, majd eltűnik és ma is csak csenevész formában jelenik meg az akarás lélektanában (*Volitionspsychologie; psychology of volition*).

Még a mélylélektani irányzatok is a determinizmus fonálát gombolyítják tovább, talán egyedül Jung (majd nyomában nagyon implicit módon Szondi) jut messzebb a *nominosum* elismerésével és szerepének pusztulásával a lelki egészség tekintetében. A német pszichológia vagy inkább lélekbölcselet néhány mellékárama is ebbe az irányba halad, pl. Ludwig Klages szellemkonceptiója (*“Der Geist als Widersacher der Seele”*). A behaviorizmus azután végképp kiszorít mindenféle autonómiaértelmezést a lélektanból.

Pontosabban: visszaszorít. Gadamernek ugyanis igaza van, hogy minden emberi szaktudománynak elkerülhetetlenül van emberképe és antropológiája, mégha az implicit is, és ez érvényes a tárgyalt periódus irányzataira is. Ha más nem, a mélylélektani iskolák nyomán legalább a megnyomorított, korlátozott autonómiájú ember képe kibontakozik. A behaviorizmusban megjelenik az alkalmazkodási modell és a teljesítményelv, mint a tömegtársadalom alapvető, az emberi pszichikumot meghatározó princípiuma. Külön elemzést – exegézist és átértelmezést – igényelne a társadalom- és lélekbölcselet sokreakciója a rendi társadalmon belüli individualizmus érvénytelenedésére az ipari civilizáció és az urbanizáció folyamatai nyomán (lásd a századforduló német városkritikai irányzatát, az „*Untergang*” gondolatkört, az Ortega-féle tömegkonceptiót stb.).

A század második harmadára már a pszichológia is kénytelen számot vetni az autonómia egyik szembetűnő nyomorával, a társadalom által uniformizált és manipulált ember problémájával. Ha nagyon szűk biológiai álláspontról is, de ezt fejtette ki még a húszas években Wilhelm Reich (gondolatait még a hatvanas években is aktualitással folytatta Marcuse), ill. a fasizmus jelenségétől sújtott és megrettent frankfurti iskola. Ebből az iskolából kikerülve Erich Fromm volt azután képes a negatív képet, melyet a modern ember autoritásigényének, a szabadságtól való félelmének (*Escape from Freedom*) és jellegzetes karakterzavarainak leírásával maga is differenciált, pozitívvá változtatni. Ez az egészséges társadalomról felvázolt víziójában (*The Sane Society*) mutatkozik meg. Ebben a harmonikus társadalom már az autonóm emberek kis közösségeinek és felelős politikai aktivitásának rendszereként tűnik elő. A

Fromm-féle kép szembetűnően mutatja a korai autonómiaértelmezések naivitását, de kidolgozatlanságát is, ekkor még nincs elég koncepció, amit ehhez fel lehet használni. Nem véletlen, hogy a probléma a társadalomtudományokban is még évtizedekig az autonómiahiány, az autonómiadeficit értelmezésében, ill. a defektusos állapotok ontologizálásával szembeni kritikákban halad előre (csak néhányat az ismert vonulatok közül említve: David Riesman fejtegetését a modern ember „irányítottságáról”, amely helyett lényegében az Újvilágba átvitt európai individualizmus „belülről irányítottságát” állítja, tehát nincs fejlődésképe, csak helyzetkritikája; az elidegenedés-téma a szociológiában, Dahrendorf „homo sociologicusa” és a szociológia „túlszocializált” emberképe körüli vita stb.).

Az autonómia tehát – főleg a fonákja felől – a társadalommal szembeni autonómia kérdéseként vetődik fel, a már az ókorban megtalált szubjektum – tehát a sui generis lélektan – szemszögéből még nem fogalmazható meg, az uralkodó paradigmák a pszichológiában ehhez nem adnak elegendő ismeretanyagot. Lassanként azonban itt is megindul a fejlődés, sok szálból összeszővődve, de valamiképpen mind az Egyesült Államokban mintákká fonódva össze. A Bühler-házaspár, különösen Charlotte Bühler posztulálja és elkezd az életkutatót, vagyis az emberi egzisztencia totális folyamatát állítja a lélektani vizsgálódás fókuszába. Karen Horney, már amerikai emigrációban rácsodálkozik a felnőttkori lelki fejlődés távlataira, a személyiség öntörvényű integrációs képességeire és felállítja a személyiség öntörvényű növekedési, integrációs tendenciájának tételét (growth modell). Bühlerék munkái is igazában már emigrációban, az Egyesült Államokban kapnak visszhangot. Itt bontakozik ki a személyiséglélektan, amely inkorporálja a Bühler-féle hosszamenti dimenziót, de kezdi feltárni a keresztmetszeti rendszerösszefüggéseket is, és a kibontakozó rendszer már túl komplex ahhoz, hogy egyszerűen csak a kialakulási determinációt vegyük észre. Ez társadalomlélektani és társadalmi vetületben már önálló tényező. Mind több szó esik ekkor már a személyiséglélektanban a választás, döntés mozzanatairól, amely a maga következményeiben ugyanolyan meghatározó tényezősort hoz létre, mint amilyenek a környezeti ingerek vagy az endogén, szervezeten belüli tényezők (pl. ösztönök, diszpozíciók, karakterfaktorok stb.). A választás, döntés epizódjai, ill. folyamatai nélkül nem lehet magyarázni a szocializációt, de különösen nem annak változatait vagy deviációit.

Az autonómia kérdését azután igazában három erőteljesebb, színesebb szál forta körül, egyik Carl Rogers munkássága, másik Abraham Maslow életműve, a harmadik az egzisztencializmus megjelenése az amerikai pszichológiá-

ban. Bár ez az utóbbi vonulat a legkésőbbi, az ötvenes-hatvanas években bontakozott ki (Rollo May és mások működése nyomán), ezt érdemes a rövideg kedvéért előre venni, megemlítve, hogy az egzisztencializmus maga is egyfajta válasz a modern társadalomban érlelődő autonómiaproblémára és érthetően ennek pszichológiai megjelenése is a döntőképes, a létfeltételeivel tudatosan szembenéző emberképet húzta alá. Rogers és Maslow több szót emel, Rogers azért, mert lényegében először vette észre, hogy az emberben így a problémás, bajba jutott, lelkileg beteg emberben is – több a restitúciós készség, több a kreativitás, mint azt a pszichológia korábban hitte, és mint maga az illető ember is hiszi, és ez a terápiás kommunikáción keresztül aktiválható képesség. A segítő kapcsolat csaknem a szókratészi “techné maieutiké” módján segíti a szembenézést és a belső döntések érlelését az emberben problémáival. Rogers életműve annak a mozgalomnak a forrásvidékén született, amely az egyenrangú kommunikációs áramköröket tekinti az autonómia kialakulásának feltételeként, és amely szerint a másik ember fokozott autonómiája, a segítő ember autonómiája katalizálja az éretlenebb, ellentmondásosabb emberét. Ezt már Rogers is megfogalmazta a hitelesség (kongruencia) elvében, mint lényeges terápiás változóban. Az encounter technikák és módszerek elterjedése is ezt emelte ki. Az őszinte, hiteles emberi “találkozás” érlelő lehetősége egyébként már a csoportpszichoterápia elterjedésében is szerepet játszott, de még itt nagy a terapeuta szerepe, míg az encounter csoportokban vagy nem lényeges a vezetés, vagy csak katalizációs feladatai kapnak hangsúlyt. A csoportpszichoterápiák és a terápiás csoporttechnikák tapasztalják meg, hogy senki sem teljesen kóros, mindenkinek – ha úgy tetszik – vannak parciális autonóm területei, amelyek révén segíteni tud a másoknak, míg a saját hiányai, defektusai terén maga is segítségben részesülhet. E gondolkör érdekes társadalmi kivételése az önsegítő csoportok mozgalma, amelyben a szakértői kontrolltól teljesen függetlenül próbálják az összejevők lényegében autonómiájuk mértékét fokozni (The Strength is Us – ahogyan a jelenséget először leíró monográfia címe kifejezi). Ezt megelőzte az önismereti és tréningcsoportok elterjedése, ám ezeknek élén általában ott van a szakember, aki képzettsége, jogosítványai és kissé privatizált ismeretanyaga révén mégiscsak bizonyos fokig infantilizál, patronizál, egyenlőtlen kommunikációs erőteret tart fenn, ami ellen – és ez nyilvánvalóan az autonómiaigény kifejeződése – a mai ember lázad. A lázadás ideológiáját a terápiás társadalom kritikája, az antipszichiátria, vagy tágabbban Ivan Illich és a fojtó kontrollszervvé kinőtt orvosi bürokrácia kritikussai adják, de az önsegítő mozgalmak (és kisebb részben a közösségi bázisú

voluntáris segítő mozgalmak) nem is nagyon tartanak igényt ideológiára. Egyszerűen az öntörvényű megoldásokat választják.

Filozófiailag – vagy inkább a lélektani antropológia szempontjából – érdekes, hogy az új, ha úgy tetszik, posztmodern autonómiaigény nemcsak a társadalommal szemben kívánja az önállóságot (ez persze nagyon fontos, tiltakozásképpen az uniformizálás, a manipuláció, a társadalmi eredetű egyéni szabadságkorlátozások ellen), hanem újratermeli az egyéni méltóság, a lelki „habeas corpus” értékét, de nem a német individualizmus formájában, hanem valamiféle újfajta kollektívizmusként. Az új mozgalmak tudják, hogy az ember önmagában nem lehet autonóm, csakis a többi ember közösségében, más autonóm emberek segítségével, és az autonómia nem státus vagy valamiféle megvilágosodás utáni állandó képesség, hanem megszerzendő, megérlelendő, fejlesztendő és szüntelen megerősítést és újradefiniálást igénylő állapot, mondhatni teljesítmény a személyiség számára.

Maslow éppen ennek a dinamikus, küzdelmes folyamatnak a teoretikusa. Ő alkotta meg a késztetések és a szükségletek hierarchiájának elméletét, az autonómiát a legmagasabbrendű szükségletnek mutatva be. Ő vette észre, hogy az ember nem tud vagy csak igen nehezen, heroikus módon – autonóm lenni, ha alacsonyabbrendű szükségletei kielégületlenek. Híres tézise a kétféle személyiségállapot, a D (deficiency) állapotú ember hiányai, szükségletei uralma alatt van (Maslow szerint a mélylélektan – pl. a pszichoanalízis – emberképe ennek az állapotnak szabályszerűségeit tükrözi), míg a B (becoming) állapotú már autonómiájának kidolgozásán és fenntartásán fáradozik. Az autonómia személyiséglélektani kialakulásának folyamata az identitás kibontakozásában követhető nyomon. E probléma már a pszichoanalízisből kinő. Erikson írja le először az identitás elméletét, és ezzel ő is átlép a pszichoanalízisből az amerikai lélektan ún. „harmadik erejébe”, a később humanisztikus pszichológiának nevezett áramlatba, Rogers, Bühler, Maslow, May és mások mellé (azért harmadik erő, mert a pszichoanalízis és a behaviorizmus mellé fel tud zárkózni a követők nagy száma és befolyása révén). Az identitás akkor érett, amikor a személyiség megtalálja önazonosságát mindenféle hatással és erőterrel szemben, amely őt formálta, elfogadja és megismeri kötöttségeit, képes adni és tartozásait kiegyenlíteni, de képes kreatív módon változtatni is körülményein, feltételein. Az érett, erős identitású ember nem a nirvána tökéletes állapotába jut el, hanem képes megküzdeni az életében felmerülő súlyos problémákkal. Az egzisztencia alapvető tragikumát a modern identitásfilozófia is tudatosítja, de nem az egzisztencializmus pesszimista kicsengésével

könyveli el, inkább az ember – az egyszerű ember, az átlagember – különleges lehetőségeire, képességeire hívja fel a figyelmet.

E vonatkozásban paradigmátikus a halál újfajta vizsgálata és elméleti megközelítése, a „tanatoterápia” megjelenése, Kübler-Ross szép gondolata, hogy a halál – ha valaki részesül a haldoklás kegyelmében – nem az identitásfejlődés folyamatának értelmetlen dezintegrációja, hanem az identitásfejlődés értelemteljes befejező szakasza lehet. Számomra a halál körüli vizsgálódásokból a legérdekesebb a kommunikáció és az „encounter” szerepe, a lehetőség, hogy a haldokló kiemelkedjen a pusztuló test fogságából és magányából és újfajta autoreflexív állapotba kerüljön, és még érdekesebb, hogy mindez igazában nemcsak neki vigasz, hanem az őt segítőknek is gyógyító és érlelő tényező.

A pszichológia nem áll meg csupán a személyiségen belülré vetített identitásfolyamat vizsgálatánál. Ma inkább a kommunikációs folyamatokra figyel, amelyek révén az identitás kifejlődik és visszahat a környezetre, amelyen át emberi relációk, csoportviszonyok, közösségi rendszerek alakulnak, fejlődnek, változnak. A transzperszonális pszichológia foglalkozik ezzel, nagyon sok szép részeredménnyel, ami egyelőre nehezen általánosítható. A transzperszonális pszichológia tűzte feladatul maga elé az autonómia politológiai vetületeinek lélektanilag vizsgálatát, és ez próbálja értelmezni az autonóm csoportok, kis közösségek társadalmi szerepét, vagyis elemző módon azt, amit Fromm normatív felvetett (vagy inkább: utópisztikusan felvetett). Ez az ismeretkör még nem összefoglalható. A magam véleménye az, hogy itt még nem jött létre a megfelelő konceptuális rendezettség, még nagyon sok az utópisztikus és értéktételező közelítés, ami valamiféle politikai elméletből következik (politikai elméletnek véve a liberális filozófiát is). A vázolt gondolatok a közelmúlt, az elmúlt kb. 30 év sokféle társadalmi mozgását könnyebben érthetővé teszik. Megvilágítják pl. a hatvanas évek lázadási kísérleteit a teljesítményelv és a korlátozó fogyasztói rend ellen stb., de megvilágítják az identitászavar és autonómiahiány sokféle problémakörét is.

Pillanatnyilag a lélektanban még mindig a megzavart azonosságélményű, ill. állapotú, autonómiahiányos ember dilemmái állnak előtérben, ebből – ha az autonómia kérdést elvontabb társadalomtudományi vagy bölcséleti szinten kívánjuk vizsgálni arra érdemes figyelni, hogy a nagy lehetőségek gyakran törékeny egyensúlyok, nehezen fenntartható vagy sok munkával, lelki „edzéssel” fennmaradó szerveződések az emberben, az autonómiát segítő társas rendszerek is esékények és bomlékonyak. Érett identitású ember is regresszióba kerülhet, egyensúlyait külső változások kikezdehetik. A nyolcvanas évek

elején, nem sokkal Rogers halála előtt volt egy igen érdekes nyílt vita közte és Rollo May között, aki rámutatott, hogy Rogers rendszere nem tudja kezelni a „gonoszt”, az emberben lakó destruktivitást, az agresszió szinte korlátlan emberi képességét, amely pl. az autonómia egyik súlyos korlátozója. Rogers és az autonómiakérdés szempontjából releváns szakemberek többsége igen jóakarátú és optimista, May és sokan mások szerint naiv is.

Sajnos, a magam összegzése is e konklúzió felé hajlik, de egyáltalán az identitásfejlődés távlatainak nagysága, a kiteljesedett emberi azonosságállapot nagyfokú rendszerintegrációs lehetőségei, az autonómia elérhető mértéke a kedvezőtlen, nyomorú emberi egzisztencia korlátai ellenére is – fontos és bátorító üzenet, mindenképpen az a kérdéskör, amire mint vezérlő csillagképre kell figyelnie annak a szakembernek, aki nemcsak kutatni kíván, hanem az emberi dolgokban a humanista értékek védelméért és terjesztéséért alkalmazott módon is tenni akar valamit.

10. A rendszerintervenciós terápiák emberképe

Gadamer (1972) érdekes gondolata, hogy minden, emberrel foglalkozó tudománynak megvan a maga emberképe. Annyi antropológia van tehát, ahány humán szaktudomány, és ezekkel az antropológiákkal számot kell vetnie a legáltalánosabbnak, a filozófiai antropológiának. A szaktudomány emberképe valamiféle metateória valamilyen alapmodell, amiből nagyon sok előfeltevés következik, amely óhatatlanul befolyásolja a kutatást és a gyakorlatot. Ez a gondolat rokonítható Thomas Kuhn ismert paradigmaelméletével is.

Van tehát lélektani antropológia is, mégpedig több is, hiszen a lélektan nyilván részdiszciplínák halmaza, és minden iskola, minden irányzat mélyén megtalálható valamilyen emberkép. Ezt tudatosítjuk is, meg nem is. Russell híres és sokat idézett mondata, amely szerint a kísérleti állat is hasonlóan viselkedik a pszichológiában, mint amilyen a kísérletező nemzeti mentalitása, – a német állat leül „gondolkodni” és megtalálja a megoldást (ez nyilván utalás Köhler csimpánzkísérleteire) míg az amerikai vadul fel-alá szaladgál és véletlenül oldja meg a feladatot (a „trial and error” tanulás), – lényegében ezt a felismerést tükrözi. A pszichoanalízis körüli viták is gyakran érintették az emberkép kérdését, és ezek a viták máig sem zárultak le hiszen Freud embere egyidejűleg rabja az ösztönkésztetéseknek, egyfajta „Unbehagen”-ben élő kulturált állat, és élményeit integrálni képes nyílt rendszer epigenetikusan keletkező személyiség. De igazában a pszichológiai iskolák inkább obskurálják ezt a problémát. A logikai pozitivizmus jegyében induktív tudományok szeretnének lenni, az embert elfogulatlanul akarják vizsgálni, és még a gondolatát is sérelmezik, hogy valamiféle teoretikus alapséma szemléleti befolyása alatt állnának. Ezt tapasztalhatjuk a tudományos, akadémikus pszichológiai iskolák körüli ideológiai vitákban, amelyekben a pszichológusok rendkívül elutasítóan és sértetten reagálnak, még olyan helyeken, társadalmi közegekben is, ahol ennek a beállítódásnak nem lehet mentséget találni olyan történelmi időszakokban, amelyekben valamely ideológiai „államvallás” nagyon durván és elnyomóan minősített egyes tudományos álláspontokat. Legfeljebb egy értelmezési szint „hamistudati” jellegét lehet felvetni, de azt is csak az uralkodó játékszabályok szerint. Erre jó példa a szociálpszichológia, amelyben a laboratóriumi kísérlet ontológiai státusát csak kísérletileg – laboratóriumi kísérletben – lehetett megkérdőjelezni, mint ezt Orne, Rosenthal és mások

tették (Burgard 1980), sőt tulajdonképpen még így sem lehet, mint ezt külföldön (Berkowitz, Dormerstein 1982) vagy idehaza (a néhány évvel ezelőtti vita a Pszichológia hasábjain Kenneth J. Gergen cikkével kapcsolatosan) számos tisztázási próbálkozás mutatta. Úgy látszik, a tudományos lélektan nem enged betekinteni a kártyákba, nem hagyja kétségbe vonni a játékszabályokat, a figyelmet továbbra is a játék izgalmára és szépségére akarja összpontosítani. A fenomenológiai erőfeszítések sokféle válfaja (etnometodológia, etogénia stb.), vagy a szociálpszichológia ún. interpretatív paradigmája (Backman 1983), és számos más elméleti konstrukció kínálna mélyebb és ismeretkritikai elemzési lehetőségeket, de mindezek kívül szorultak a tiszta tudományon. Az elmúlt évtizedben általánossá vált kognitív közelítésmód szinte sürgeti az elvontabb modelleket. Meg is születtek metaforikus megfogalmazások (implicit pszichológia, "naiv pszichológus" a személyiségben stb.) vagy empirikus elemzési keretek (pl. szociális kategorizáció), de ezek nem váltak a kutatás "mainstream" irányáivá. A gépi információfeldolgozás analógiai és működő programjai egyes pszichológiai folyamatokról nagyon plasztikus és antropológiai általánosításra csábító képet adnak (pl. Fiedler, Forgas 1988), de a szakemberek körében hiányzik ehhez a készlet. A személyiséglélektan pangása, lassú relativizálódása, mondhatnánk elavulása is arra mutat, hogy még azt a fajta konceptualizálást is kerüli a mai tudományos lélektan, ami a személyiség modelljében rejlik, legfeljebb egy-egy, empirikusan jól megragadható vetületben halad előre a kutatás (locus of control, state-trait teóriák, stimulus-seeking stb.). Talán az utolsó nagy kísérlet valamilyen elméleti építkezésre Sigmund Koch egységes elvek alapján megíratott kézikönyve volt, amely az egyes irányzatok úttörőit rákényszerítette az előfeltevések explikálására (pl. Koch 1959). Itt is leginkább a meglévő, főleg alkalmazott (a mélylélektanból, illetve a terápiás rendszerekből kialakult) iskolák fogalmi struktúrája történt meg, nem egy ezek közül csak a későbbi évtizedekben bontakozott ki, mint komoly erő a pszichológia területén (pl. Rogers).

Talán valami törvényszerűség is rejlik abban, hogy nem a tudományos (alaptudományos), hanem az alkalmazott ágazatok vezetnek explicit emberképekhez. Talán a társadalmi cselekvés, amely az alkalmazás során megvalósul, lehetőséggé vagy éppen szükségszerűvé teszi az általánosítást. Az alkalmazáshoz valamilyen ideológia kell, vagyis kellenek tézisek, szimbólumok, modellsémákat hordozó képek, ezek pedig szinte kihívják a „politológiai”, illetve filozófiai értelmezést.

Ennek az állításnak talán nem is kell túlzottan részletesen argumentálni az igazát. Csak végig kell gondolni, milyen metasémát kínált Adler vagy Jung a

freudi emberkép helyett, mit hirdetett Rank vagy Reich, hogyan vitte ezt a társadalmi önmegvalósítás vezéreszméje felé Horney, Fromm, Marcuse, hogyan lett Rogers, Maslow, Bühler és mások nyomán szelf-elmélet, növekedési modell, „being”-állapot, transzperszonális pszichológia stb., vagy hogyan lett Human Relations irányzat, tréningcsoport; illetve encounter-csoport mozgalom, Tavistock-módszer, – hogy a csoportteoréma szintjére váltsunk. Érdekes szintézis felé haladnak e fejlődési vonulatok az identitás koncepciója jegyében (Pataki 1982).

Az alkalmazott és társadalmi mozgalommá vagy legalábbis kisugárzássá váló iskolák, irányzatok talán éppen azért kénytelenek valamennyire tisztázni antropológiai lényegüket, mert viselkedésváltoztatásra törekednek, és ezzel óhatatlanul értéktételezéssel járnak együtt, ezeket pedig valamiképpen ontológiai is igazolni kell. Ki kell jelenteni, hogy mi a patológia, mi a normalitás, merre halad a fejlődés útja, mi a kívánatos és mi nem. Ilyen tételek nélkül nem lehet terápia, nincs megelőzés, nincs fejlesztés, korrekció, nem visszonyíthatók egymáshoz magatartási és cselekvési alternatívák. Persze ezek az iskolák is kerülnek a filozofálást, partikuláris technikák és elméleti ortodoxiák kultusza jellemzi őket, de az antropológiai dilemma eleve nyitottabb. Már csak azért is, mert ezekben a pszichológiai elemzési szint mindig szembesül egyfelől a biológiaiival, másfelől a sui generis társadalmival (etikai, vallási, politikai determinánsokkal). Mindig felvetődik, mennyi egy-egy jelenségben, értékben az idegrendszeri szervi meghatározottság, a genetikai előprogramozottság (az etológiai, szociobiológiai elem), illetve mennyiben függ a társadalomtól, kultúrától. Elkerülhetetlen tehát ellenpontok, határok kezelése, valószínűségek mérlegelése, tágabb összefüggéseket figyelembe vevő érvelés.

Az emberkép problémája tehát az alkalmazott ágazatokban, és kiváltképpen a terápiás irányzatokban jól nyomon követhető. Különösen az újabb áramlatokban válik ez igen izgalmassá. A hagyományos terápiás módszerek – hasonlóan a személyiséglélektani elméletekhez – individuális emberképre épülnek. Ez a felvilágosodás utáni német filozófia és német kultúra szemléletét tükrözi. Lényegét érintően biologisztikus; mert az élő egyedből indul ki, az egyén és a külvilág, az egyén és a környezet viszonyának valamiféle dichotomikus megfogalmazásán alapul. A pszichoanalitikus elmélet jól mutatja ezt, a környezet (és benne a másik ember) itt „tárgy” (a speciális analitikus értelemben) vagy mentális reprezentáció (introjektum vagy képzetek rendszere), éppen ezért igazában csak élményként vagy lelki tartalomként érdekes. Még az első csoportterápiás módszerek is ezt a modellt vitték tovább, a pszichodramában a kapcsolati háló és kapcsolati szereprendszer csupán élő

mátrix a terápiás változásban, és a csoporttechnikák többségében is a csoport csak mint közeg speciális vagy előnyös viselkedésszabályozási eszköz (a csoportdinamika elvei nyomán), vagy pedig a szociális facilitáció és kontroll természetes tényezője. A megváltoztatandó pszichológiai állapot az egyénben van, és a csoportban az egyén változik, ő megy át katarzison, ő válik integráltabbá vagy tanul és gyakorol különféle magatartásformákat.

A csoportterápiákkal azonban mégis valami minőségileg új kezdődött, ha az egyén érdekében és jegyében is történt, az egyén érdekében a beavatkozás társas rendszerekre irányult. A csoport természetes társas képződményt próbált leképezni, ugyanúgy, mint a laboratóriumi kiscsoport is tette. A terápiás csoport is azon a feltevésen alapul, hogy a természetes csoport önmagától kialakul. Slavson, majd Bion, illetve Lieberman és Whitaker (Buda 1981) koncepciói nyomán bontakozott ki egyfajta új szemlélet, ez lényegében zárójelbe tette az egyént, a közös fantáziákat helyezte előtérbe, és azt a folyamatot vizsgálta, hogyan lesz a csoport tere közös kognitív-emocionális térré. Az interpretatív paradigma jegyében ezt úgy mondhatnánk, hogy a csoport közös helyzetdefiniációt és prospektív jelentésrendszert dolgoz ki magának. A terápia akkor halad előre, ha ez a folyamat intenzív és zavartalan. Az egyén akkor változik (fejlődik, gyógyul, szociálisan tanul stb.) a csoportban, ha ebben a folyamatban aktívan részt vesz, és ha ennek nyomán önmagát és viszonyait megéri, átértelmezi, irányítani kezdi. Különösen az emberi relációk voltak fontosak, de lényeges a csoport egészéhez mint orientációs rendszerhez való viszony is. Ami a csoportterápiában történik a személyiséggel; annak megragadására az individuális emberkép nem alkalmas. Meg lehet természetesen fogalmazni úgy is, hogy az egyén defektusa, strukturális személyiségzavara, deficite stb., hogyan változik (dolgozódik fel, kompenzálódik stb.), de ez nyilvánvalóan nem a teljes „sztori”, a lényeges valamilyen új társas integráció, újfajta vonatkoztatási rendszer, másfajta közösség és kölcsönhatás az emberi kapcsolatokban.

Míndez kommunikációban valósul meg. A kommunikáció önálló kutatása és alkalmazása már önmagában is valami újfajta, szupraindividuális emberképet feltételez, illetve rajzol meg. A hagyományos társaslélektani modell helyett, amely szerint a kommunikációban viszonylag zárt rendszerek, mikrokozmoszok érintkeznek egymással és alakítják egymást, a nagy felismerés az emberek rendkívül sokrétű és szinte állandó összekapcsoltsága és együttrezgése (Buda 1985, 1988). A legújabb adatok azt mutatják, hogy az ember sokféle, hierarchikusan rendezett rendszerszinten része az emberek közötti kommunikációs mátrixnak, és az egyidejűleg érvényesülő jelzészváltási és kölcsö-

nös befolyásolási folyamatok hallatlanul redundánsak és szinte áttekinthetetlenül bonyolultak (Poyatos 1988). Mindezek az új felismerések kellő alapot adhatnak az olyan lélektani antropológiai elméletek számára, amelyek a társas rendszerdetermináltságot emelik ki, illetve az önálló absztrakcióként kezelhető individualitás, illetve személyiség és a társas hálózatokba kötöttség dialektikáját világítják meg.

Új emberkép égető szükségessége a pár és a családterápia megjelenésével mutatkozott meg igazán. Ennek keretében olyan összefüggések és kölcsönhatások tárultak fel, amelyek a hagyományos, egyben lélektani fogalmakban nem is fejezhető jól ki. Ezek a terápia is pragmatikusak és tapasztalati háttérűek, a szükséges elméleti minimummal beérik, de jelenségeik szinte kikényszerítik a rácsodálkozást, az újfajta szemléletet. E terápia gyakorlata arra mutat, hogy olyan állapotok, betegségek, tünetek is e legkisebb társas rendszerek zavaraiából eredhetnek, amelyek korábban nem voltak másként elképzelhetők, mint a személyiség súlyos, strukturális hibái. Így ezek is különös társas dinamikát mutatnak és jelenségtani állandóságuk nem elsősorban egyénbe rögzültségük, hanem a társas rendszerállapotok viszonylagos stabilitása miatt van. E terápia filozófiája az egész hagyományos pszichopatológiai gondolkodásmódot relativizálni képes. Viszonylag hamar megfogalmazódott hogy a terápia újfajta oksági logikára (“cirkuláris, illetve interdependens kauzalitásra”) van szükség (Bateson 1972). A párkapcsolati vagy családi rendszervalóság e terápia felfogásában éppúgy közös fantáziák és realitásgenerációs folyamatok eredménye, mint ahogyan az analitikus csoport esetében elképzelhető. Az egyéni identitás ennek a rendszervalóságnak alárendelt és ebben formálódik. Az individualitás e kép szerint mindig viszonyított individualitás (Stierlin 1975, 1978). A legfelső szintű determináció a viselkedésben – úgy tűnik – a család e különös kognitív-emocionális közössége, amely bonyolult történetiségen és kontextuson alapul. Ezen belül sokáig nehezen átlátható funkcionalizmusok, feszültségek és kölcsönös kötések vannak. Különös dialektika, hogy ezek szinte merev struktúrákként is koncipiálhatók és ugyanakkor nagyon gyorsan, valamilyen rendszerbehatásra megváltozni is képesek. Ezt a változási lehetőséget használják fel a rendszerterápia, pl. a családterápia ún. milánói iskolája (Selvini Palazzoli et al. 1975), hogy rövid idő alatt nagy terápia változást érjenek el olyan esetekben, amelyekben esetleg évekig tartó kezelés eredménytelen maradt. A rendszerintervenció módszerek legújabb áramlata, az ún. Erickson-féle megközelítés ezt a szempontot egészen széles értelmezésben képes használni, nemcsak párok és családok vonatkozásában, hanem mindenfajta kapcsolatban és társas térben, akár szervezeti szitu-

ációkban is (Zeig 1982, Zeig, Lankton 1988 stb.). Erickson szinte – ösztönösen dolgozik az összetett rendszerhatásokkal, tanítványai csak most kezdik rendszerezni és explicitté tenni, megmagyarázni a műveleteit. Erickson módszerének rejtett emberképe lenne a legrészletesebb változata a rendszerintervenciók módszerek antropológiájának, de ennek kimunkálása még csak kezdetében van meg. Érdekes módon Erickson a hagyományos családterápiák elméleteihez képest is egyfajta metaszintet képvisel. Módszereiből és tapasztalati leírásaiból ugyanis nemcsak az tűnik ki, hogy a különböző viszonylatok, kommunikációs hálózatok erői mennyire képesek lekötöni az élményeket és a viselkedést, tehát az egyes ember milyen mélyrehatóan része, függvénye ezeknek, hanem egyben az ember szinte korlátlan szabadságfokát is bizonyítja, azt a lehetőséget is demonstrálva, hogy az ember képes a diszfunkcionálissá váló, fejlődést vagy kreatív adaptációt gátló kötésekből, amelyek tüneti magatartásformákat, öndestruktív reakciókat, egzisztenciális elakadásokat okoznak, kiszabadulni. Igaz, ehhez valamilyen új interperszonális rendszer befolyása kell, amely szabadabb, ösztönzőbb és kreatívabb, mint a korábbi volt, ez azonban lehet időszakos, terápiás reláció is, amely esetleg éppen csak a szükséges katalitikus hatás idejéig eleven.

Ha megpróbáljuk végiggondolni a családterápiák és más rendszerintervenciók módszerek emberképét, akkor leginkább valamiféle olyan elmülethez jutunk, amely hasonlít az identitásteóriához, de azt valamiféle társas és transzperszonális módon értelmezi. A személyiség öndefiníciója átfogóbb kategóriák metszéspontjában sejlik csak fel, ezek a kategóriák a legfontosabb emberi kapcsolatokat, a szülői és a saját családot érintik, ezen át csatlakoznak általánosabb szociokulturális összefüggésekhez (fajtához, nemzethez, hithez, hivatáshoz stb.). Voltaképpen ilyenfajta modell alapján érthető meg jobban a szocializációs folyamat is, vagy a normatív és komparatív referenciacsoportok szerepe ebben. Az interpretatív paradigma jelentésgeneráló mechanizmusainak is valószínűleg e társas metaidentitás erővonalai a rendezői, ezek hasonlóságai vagy különbözőségei válnak bizonyos szituációkban nagyon könnyen, máskor nagyon nehezen definiálhatókká a társas térben. Úgy tűnik, hogy a metaidentitás kötelekei a korai gyermekkorban gyökereznek már, amikor pedig még a mentális, és különösen a verbális képességek a környezeti valóságból csak viszonylag keveset tudnak befogni, tehát amikor az ember még közelebb van a magasabbrendű emlézőkhöz. Ez magyarázza talán a gyermekkor különleges sérülékenységét a felnőttkori ön és kapcsolatszabályozás zavarai szempontjából, ez magyaráz olyan jelenségeket, mint a szülő nélkül felnövő gyerekek görcsös szülőkeresését, a nevelőszülői helyzet felismerésének kü-

lönleges traumatikus hatását stb., amit a gyakorlatból jól ismerünk. Ez a különleges orientációs rendszer rendkívüli hatékonysággal köti, irányítja nemcsak a magatartást, hanem az egyébként absztrahált személyiség fejlődését, nagy tér és időtávlatokon át is nagy befolyást képes gyakorolni. Ebből erednek pl. a nagy életszakaszra kiható belső alapprogramok, forgatókönyvek (Eric Berne terminológiájával: „scriptek”), amelyekből repetitív viselkedés-sémák erednek.

Nyilvánvaló, hogy nagyon sok meglévő személyiséglélektani, kognitív, szociálpszichológiai, kommunikációelméleti és természetesen terápiás vagy edukációs ismeretet lenne képes összekötni ez az új emberkép, ha részletes ki-munkálása sikerülne. Fontos lenne foglalkozni vele, mert úgy tűnik, hogy a pszichológia aligha tud valamit nyújtani a társadalmi gyakorlatnak, ha legalább valamelyest nem hordoz lélektani antropológiai üzenetet. Talán mert a mindennapi életben is a metaidentitást érintő szimbólumok, jelentésrendszerek a hatékonyak, ezért a humán tudományoknak is meg kell fogalmazódnuk ezen a szinten. Igen nagy távlatnak tűnik, hogyha kidolgozott lélektani antropológia alapján talán elemző módon is jobban megérthetjük, hogy a mindennapi emberi világban mi történik, milyen folyamatok mennek végbe, tehát a mindennapi élet, illetve a mindennapi tudat már megkezdett kutatása is eredményesebb lehet.

11. A szétfosló titok

Egy különös társaslélektani jelenség nyomában

Az emberrel foglalkozó tudományokban – kivált a pszichológiában és a szociológiában – sajátos helyzet alakult ki: a tudományos elmélet és fogalomhasználat teljesen elszakadt a közgondolkodástól. A természettudományok a különféle mesterségek által felhalmozott ismereteket igyekeznek törvényszerűségekbe szedni, bár e diszciplínák fogalomhasználata a formalizáció és a matematizálás révén ugyancsak fénysebességgel távolodik a köztudat megértési szintjétől. A pszichológia és a szociológia azonban valami mást akar: a közgondolkodást a behaviorista paradigma miatt valamiféle hamis tudatnak nyilvánította. Közrejátszott ebben a logikai pozitivizmus, illetve a természettudományokat utánozni akaró társadalomtudományi empirizmus uralma is. A tudomány mindig szeretne pontos fogalmakkal dolgozni, a közgondolkodás elvont fogalmainak jelentése viszont változékony. Egyazon fogalmat eltérő értelemben használtak vagy hangulati elemmel ruháztak fel különféle csoportok vagy eszmeáramlatok.

Jól példázza ezt a titok fogalma.

A jelenség ismertnek tűnik; kevesen gondolkodnak el tehát, mi is valójában a titok. A szóhasználatnak régóta kialakulóban van egy metaforikus jelentése: titok minden, amit nem tudok, de érdekel, vagy amit nem tudok könnyen és gyorsan megismerni. A tömegtájékoztatás sablonná csiszolta ezt a szóhasználatot. Felhasználva a titok szó romantikus felhangjait, előszeretettel használja a kifejezést kiterjesztett értelemben. Ha egy újságíró azt a megbízást kapja, hogy tájékozódjon a piaci zöldségárákról, legtöbbször „a piac titkait” fürkészi. Ha valamely tudományos kérdéstről kell írnia, akkor az adott tudományterület „titkainak” nyomába ered. Ha valahol történik valami, az újságcikkek zöme nem mulasztja el megjegyezni, hogy „oh, mennyi titkot tudhatnak ezek a boltozatos falak, vagy x erdő árnyas tisztásai”. Kalandregények címében is gyakran szerepel a titok szó, ódon várkastély titka, y nemzetség titka, z asszony titka stb.

Ennek a metaforikus értelmezésnek létjogosultsága van azokban az esetekben, ha fontos tények, események lényeges mozzanatait nem ismerjük, ha nem tudjuk sem tisztázni, sem pedig cáfolni azokat. Ilyen értelemben mond-

hatjuk, hogy titok a világegyetem keletkezése, Jézus létezése, Attila sírjának helye, vagy éppen a melegvérű élőlények szervezetében működő „biológiai órák” mechanizmusa. Vannak történelmi, tudományos titkok, amelyek többkevesebb ember számára relevánsak és fontosak. Ebben az értelemben azonban a titok csak egyfajta elvont kifejezés, amely azt jelzi, hogy még nem tudjuk az adott érdekes dolog nyitját, de még megtudhatjuk: keletkezhetnek szenzációs régészeti leletek, előállhatnak szemtanúk, a tudomány „kivallathatja” a természet titkait.

Többnyire azonban a titok igazában emberi dolog. A titok valakié, valaki őrzi, esetleg elmondja titkát. A személyes titokhoz joga van az embernek. Törvények, szabályok védik. Az igazi titkot sokan szeretnék megtudni. Ám azt nem lehet. Vagy csak nagyon körülményesen lehetséges. Ha van, aki elárulja vagy kinyomozza, ha van, aki a végére jár.

Szembetűnő tehát a fogalom személyes meghatározásában az izgalmas, romantikus konnotáció. A titok többnyire egy egyén titka, bár természetesen a titkot meg lehet osztani, így a személyes titok egy párkapcsolat, egy család vagy egy kis közösség titkává válhat. Nagyon sok emberé azonban már nem lehet a titok, mert amit nagyon sokan tudnak, az ritkán marad meg titoknak. A köztudat és az irodalmi ábrázolás középpontjában általában az egyéni titok áll. Ennek fogalmi meghatározása egyszerűnek látszik: titok az, amit az egyén mások előtt – sokszor a legközvetlenebb környezetében is – leplezni kíván, mert ha kiderül az kellemetlen következményekkel járhat. A kipattant titok veszélyezteti „birtokosát”, mert büntetéssel, hátránnyal vagy megszegyenüléssel fenyeget. A titok hordozója tehát valamiben nem konformis a társadalmi elvárással, valamit tett, amit nem lett volna szabad, valami történt vele, amit szégyellni kell, szégyellni pedig azt kell, ami nem felel meg az illetőknek, az előírásoknak, a társadalmi értéknek. Ha a szépirodalom nagy titokábrázolásait vesszük sorra, láthatjuk, hogy titok az ifjúkori botlás, az elkövetett bűn, a bűnös viselkedés miatt elszenvedett jogos büntetés, kivált a börtön, régebben száműzetés, gályarabság. Titok a szexuális erkölcsök ellen elkövetett véttség, kivált nők esetében, vagy akkor, ha a nemi kapcsolatnak nem kívánt gyermekáldás lett a következménye, de titok a „ferde hajlam”, az impotencia vagy a nemi betegség. Titok a szexualitás akkor is, ha – finoman szólva – anyagi előnyszerzéssel is együtt jár: a prostituált múlt megannyi nyugat-európai polgári regény alapvető konfliktusa. Titok a származás, de a foglalkozás is, ha valami okból veszélyes. Ha egy kém lelepleződik, akár életveszélybe is kerülhet, ha a titkosrendőr vagy titkos informátor „dekonspirálódik”, akkor abban a közegben aligha „dolgozhat” tovább.

Kicsit már a pszichológia nyelvén fogalmazva azt mondhatjuk, hogy a titok a viselkedés szabályozórendszerének, az ennek olyan információs tartalma, amelynek visszatartása révén a személyiség társadalmi helyzetét, egyensúlyát kívánja védelmezni: fizikai integritását éppúgy, mint társadalmi tekintélyét, megbecsülését. A civilizált társadalmakban ritka az olyan titok, amelynek kitudódása életveszélyes: azt igyekszünk eltitkolni, ami a többiekben ró-lunk kialakított képet veszélyezteti. Erving Goffman mutatott rá, hogy az emberi viselkedés vezérelve az, hogy az egyén meghatározott benyomást, képet kíván kialakítani a többiekben önmagáról. Ez az „impression management” arca törekszik, hogy a kívánt énképpel ellentétes információ ne jusson el a többiekhez. Mindenki vigyáz arra, hogy mit mond, mit tesz, nem akarja a más-ikban elrontani a róla kialakult képet. A viselkedés tehát valamilyen értelem-ben mindig értékkonformis és alkalmazkodó. Kicsi gyermekkortól kezdve tanítják is a szülők erre a gyerekeket, felhívják a figyelmét arra, hogy ki „mit szól” majd, ha ezt és ezt csinálja, ezt már az ő korában „nem illik” mondani vagy csinálni, ez kislánynak „nem való”, kislánynak „nem szabad” stb. Szociál-pszichológiai kísérletekből tudjuk, hogy ezt a viselkedési készséget már az idegen másik ember megjelenése is kiváltja. Valamennyien megfigyelhettük, hogy váróhelyiségben, vasúti fülkében automatikusan másként viselkedünk, ha valaki megjelenik. Másként ülünk, rendbe hozzuk frizuránkat, megválto-zik a mimikánk is. Jó néhány olyan viselkedés, amit egymagunkban megengedhetők tartunk, mások jelenlétében tilos lesz, például, hogy szoktunk és szeretünk vakarózni, orrot piszkálni stb. Kellemetlen is, ha a még szocializá-latlan kisgyermekünk idegenek előtt – vagy akár családban is – elkottyintja rossz szokásainkat, bár korántsem annyira, mintha tetten érnek bennünket, mivel a gyermekre vonatkozóan él a társadalmi konvenció, hogy a kisgyer-mek még „nem tudja, hogy mit beszél”.

Ha a titok kiderül, az kellemetlen, sőt veszélyes, mert nem tudjuk megtarta-ni kívánt énképünket vagy pozíciónkat. Bűn, vétség esetén a törvényileg kí-vánt átlagos polgári énkép – „büntetlen előélet”, „megbízhatóság”, „leinformálhatóság” – rendül meg, kisebb titkaink kitudódása az interperszonális in-terakciós képet veszélyezteti, többé már nem leszünk „jól neveltek”, „jelle-mesek”, „igazmondók”, „becsületesek”. A polgári élet bizonyos jogszabály-ok által védett extendált titkait is ilyen módon érthetjük meg. Van ügyvédi ti-tok, hiszen a valódi tényállás bizonyos elemei a per során fegyverré válhatnak az ellenfél kezében. Van gyónási titok, hiszen a gyónás során a legbelsőbb va-lóságot is fel kell tárni. Van üzleti titok, hiszen ha minden kiderül rólam, ak-kor nem kapok elég hitelt, elveszítem tárgyalási pozíciómat, vagy például má-

sok is hozzáférhetnek hatékony gyártási eljárásaim leírásához. Van orvosi titok, hiszen a világban fiatal, egészséges ember benyomását kell keltenem, ha jó házastársat vagy állást akarok kapni, vagy ha azt szeretném, hogy komolyan vegyenek, ne spekuláljanak a halálomra, az örökségemre. Így hát az orvosnak nem szabad beszélni az én bajomról, fogyatékoságaimról.

A titokkal tehát vissza lehet élni, zsarolni lehet valakit. Jellegzetes példája ennek a szexuális deviancia mint támadási felület. A polgárosodás korai szakaszától kezdve gyakran zsarolták a homoszexuálisokat. A „leleplezést” megkönnyítette az, hogy a homoszexuális viselkedés vagy annak kísérlete önmagában is büntethető volt, így már sokszor a gyanú is elég volt ahhoz, hogy valakit bajba keverjenek. Vannak azonban kisebb zsarolások, például be kell hunynom a szemem munkatársaim kisebb mulasztásai felett, ha ők is tudnak az én mulasztásaimról, vétségeimről. A „cinkos” fogalma a hasonló jellegű közös titok révén előálló helyzetre utal. Barátomra is vigyáznom kell, hiszen ő sokat tud rólam, és ha én nem „parírozok” neki, akkor ő sem engedi meg, hogy például társaságban „megjátsszam magam”: egy-egy elejtett megjegyzésével utalhat például házastársamra, miközben én „hódító” akarok lenni valamilyen flört reményében. A Nem félünk a farkastól című darab nagyon szépen illusztrálja azt a tipikus házastársi játszmát, amikor az egymást igen jól ismerő házastársak azáltal képesek „égetni” egymást a többiek előtt, hogy viszonylagos titkokat szivárogtatnak ki egymásról.

Az elmondottakból világos, hogy a titok társaslélektani jelenség. Robinsonnak önmagában nem lehettek titkai a lakatlan szigeten. Péntek megjelenése sem generálhatott igazi titkokat, hiszen Péntek kiszolgáltató szolga volt, nem egyenrangú, akivel szemben általában nem szokás titkolózni. Számos országban például az arisztokrácia a cselédek előtt könnyen mutatkozott negligenciában, pedig a valódi társadalmi megjelenés külsőségeire nagyon is adott. Ma már mosolygunk a mitológiai történeten: Midász királynak az istenek valamilyen vétkéért számárfület növesztettek. A király ezt nagyon szégyellte, és borbélyának, akinek feladata volt a csúnya fület hajjal eltakarni, szigorú büntetés terhe mellett őriznie kellett a titkot. A borbély azonban nem tudta magában tartani, elmondta egy tó tükrének, a nád kiusogta, és a borbély elnyerte büntetését. A mese azért naiv, mert az ókortól napjainkig az uralkodók aligha szégyenkeznek ilyen apróságok miatt, sokkal valószínűbb, hogy a számárfülviselést kötelezővé teszik, vagy legalábbis követendő mintaként állítják az elit elé. A titok érvénye tehát mindig a másik emberre, a többiekre, a társadalomra vonatkozik. Nélkülük nincs ki elől visszatartanunk önmagunkra vonatkozó információinkat.

A titok sajátos dinamikája is társas jellegű: a titok hajlamos arra, hogy kiderüljön. Nem csak azért, mert Midász borbélyához hasonlóan mindannyiunkban eleven a késztetés, hogy az ismert titkokat kimondjuk. Bizonyos értelemben a titok kétszeresen is közösségformáló tényező. Egyrészt azért, mert a csoportok, társaságok alakulását elősegíti az, hogy az emberek titkokat cserélnek egymással. A közelség, a barátság foka fejeződik ki abban, hogy a másik titkából mennyit adunk bele a „közösbe”. Bizonyos titkok kibeszélése akár veszélyes is lehet, hiszen ha tanúk előtt tesszük, a „titkolózásunk” tárgya akár fel is jelenthet minket rágalmazásért vagy becsületsértésért

De már az is nagyon kellemetlen lehet, ha a kifecsegett dolgot az illetőnek visszamondják, ha a „fülébe jut”, hogy miket beszélünk róla. Legjobb esetben is figyelmeztet bennünket, de az is lehet, hogy összeszid: kikéri magának a dolgot. Ennek ellenére mégis minden társaságban „pletykálnak” – a pletyka hétköznapi titkok, énképrontó információk cseréje. Diktatúrákban a politikai szereplők mindig politikai pletykákba bonyolódnak, sejtelmesen pillantva körül, vajon mindenki megbízható-e a jelenlévők közül, hiszen veszélyes lehet, ha valakinek a valódi véleménye, álláspontja kitudódik. Az elmúlt évtizedek sajátos értelmiségi társasjátékára még valamennyien emlékszünk: irodalmi és művészeti körökben „az Aczél”, másutt a gazdasági vagy politikai vezetők szándéka vagy éppen hatalmi pozícióinak stabilitása volt a tipikus téma. Akkoriban éppúgy igyekezett mindenki titkolózni a „gyerekek előtt” (nicht vor dem Kind!), miként az ugyancsak nélkülözhetetlen társasági témának számító szexuális titkok esetében. Az összeszokott, jó társaság nagyon intim témákat engedett meg magának, és nagy mélységben teheti közössé mások titkait. Ez bizonyos fokig kohezív elem.

Másrészt a saját titkok fokozatos kiadása is közösségteremtő erő. A barátságban, a szerelemben a partnerek egyre jobban megismerik egymást, hiszen sok közös helyzetben nagyon nehéz a látszatot fenntartani, számos tesztszituáció alakul ki, amikor kiderül, hogy valaki mennyire bátor, okos, erős stb. De az is jellemzi az intim kapcsolatokat, hogy az emberek mind többet el is mondanak önmagukról. A pszichológiai szakirodalomban az önfeltárulkozás, a self-disclosure fogalmát használják erre a folyamatra. Ez többé-kevésbé empirikusan is vizsgálható, a kapcsolatok érzelmi erőssége korrelál az önfeltárulkozás mértékével, mélységével. Ugyanez megfigyelhető a csoportalakulásban is, az önfeltárulkozás folyamatos a csoport „nyilvánossága” előtt. Ez többé-kevésbé titok, tehát összetartó erő, része a csoport önmeghatározásának. „Mi” tudjuk ezt, és ez elhatárol minket „másoktól”. A nagyon intim kapcsolatban illik mindent elmondani önmagunkról, a szerelmi partnerek ki-

vált megkövetelik egymástól a teljes őszinteséget. A társas elfogadás nagy szerepet játszik a közösségteremtésben, a kis közösség tagjai, elfogadják egymás hibáit, gyengéit. A közösségben nincs szükség „megjátszásra”. Éppen ez az elfogadás az egyik legfontosabb szál, amely a közösséghez köt minket, erre mindnyájunknak szüksége van. A „viselkedés”, a látszatok fenntartása, a szüntelen figyelem a másokban keltett „benyomások” fenntartására nagyon fárasztó, és ebben nagyon magára is maradhat az ember. Bizonyos állandó szerepek mögött kielégületlenül húzódhat meg az én, mint az Óz, a csodák csodájában a mennydörgős, ijesztő gépezet mögött a kis törékeny öregúr. Fellini is ezt a helyzetet rajzolta meg Casanováról szóló filmjében, erre játszott rá Márai Sándor is az ugyancsak Casanova történetét felhasználó, a Vendégjáték Bolzanóban című regényében. A nagy hódító hibátlanul fenntartja a szerepet; de a szerep egyben el is idegeníti. Az ember tehát – Adyval szólva – lehet „fenség, Északfok, titok, idegenség” – de hát „nem tud így maradni”, szeretné magát megmutatni. Megmutatni, de nemcsak azért, hogy „látva lásák”, hanem hogy elfogadják. Az exhibicionista férfi is azzal a fantáziával tárja fel magát, hogy majd csak akad nő, aki őt e „végső ütőkártya” révén elfogadja, hiszen – ez a lélektani valóság – ő egyébként képtelen közeledni a nőkhöz, túlzottan gátlásos, szorongatják az önmagára vonatkozó negatív információi, ha úgy tetszik, titkai, és ezért nem tud partnerhez jutni, nem tud mit kezdeni szexuális késztetéseivel.

A titok tehát – lélektani értelemben kitérítve a fogalmat – eredendően felszínre „akar” kerülni. Saját titkainkat is igyekszünk megosztani egymással, mint ahogy mások titkait is. Ha tovább játszunk a metaforikus fogalomhasználatával, a titok fog össze bennünket. József Attilára utalva, a titok fogja össze „sorsunk”, mint ahogy ő egy furcsa verssorában ezt az összefogást „nők, gyermekek és agitátorok” síkján mutatta be. Az emberi kisközösségekben tehát mind több titok tárul fel, és ilyen értelemben van a titoknak komoly társadalmi-lélektani szerepe.

Ha a titok fogalmát szociálpszichológiai kontextusban használjuk, leírhatjuk néhány szabályszerűségét.

A személyiség lényegében a „titok tengelyén” fejlődik, legalábbis így vonatkozik ki az én és a magatartásszabályozás. A növekvő gyermeknek mind több titka van, vagyis mind több olyan énreleváns élménye, emléknyma, információja, amit nem könnyen és szívesen ad ki magáról, mert félelem, szorongás, szégyen kötődik hozzá. A pszichológiai érés fokmérője, hogy mennyire alakul ki a kortárs csoportokban és a kortárs kapcsolatokban a „titok csergazdasága”. Számos csalódást követően mindenki megtanulja, hogy mit

kire bízhat. Nagy gond a szülőkkel, főleg az anyával szembeni titoktartás. A szülők általában mindent tudni akarnak gyerekeikről, hogy a szükséges pillanatban büntetéssel, tiltással közbeléphessenek, vagy erősíthessék az általuk helyesnek ítélt viselkedést. Így azután – kivált a serdülőkor táján – a szülő szükségképpen „visszaél” dolgokkal, amit a gyerek „csak úgy mond” néha, és ez feszültségek forrása lesz. A kortárskapcsolatok segítségével tanul meg mindenki elszakadni a szülőktől, és ez az információs elhatárolódás voltaképpen a titok segítségével történik meg. A későbbi személyközi és kommunikációs érés is leírható „titokkezelési” dimenzióban, hiszen fokozatosan meg kell tanulni a saját és az idegen titkok felhasználását a másokkal való kapcsolat szabályozásában. A tét nagy, hiszen így lehet kialakítani az érzelmi közösséget, így jöhet létre az elfogadás, így képes az ember megvalósítani önmagát. Az önmegevalósítás nehéz folyamat, mert az ember gyermekkorától kezdve időnként „belpolitikai válságot”, „rendszerváltozást” él át. Minden fejlődési korszakban megpróbálja integrálni a különböző szükségletkielégülési sémákat, magatartásmintákat, értékmozzanatokot, és valamiféle belső „rendészet” révén „kiszabályozza” magából az ilyenkor nemkívánatos vágyakat és törekvéseket. Ezt a belső politikai színteret írja le kiválóan a pszichoanalízis a személyiségstrukturális és védekező mechanizmusokra vonatkozó elméleteivel, a tudattalan koncepciójával és még számos hasznos tudományos segédfogalommal. Azután a további fejlődés, az élmények nyomán az egyensúly fokozatosan felbomlik, új szerveződési szintek lépnek életbe. Általában a belső változás nagy megpróbáltatás a kapcsolatokban, ilyenkor változnak a barátságok, és mivel napjainkban a személyiségfejlődés a negyedik évtized végéig kitolódik, gyakran a párkapcsolatok és a házasságok is. Sajátos vetületként minden változás leírható a titok metaforájával is, a változásról párkapcsolatban és csoportban egyaránt nagyon nehéz beszélni.

Egy másik szabályszerűség, hogy a személyiség zavaraiiban, patológiáiban megnő a titok szerepe. Megszaporodnak, súlyossá válnak és túlértékelődnek a titkok, a személyiség görcsösen ragaszkodik hozzájuk, komoly gátlásokkal védelmezi őket, szerepek mögé bújik, kudarckerülővé és így szükségképpen emberkerülővé, magányossá válik. Védekező szerep lehet a betegség, tüneti álmegoldások alakulhatnak ki. Az emberek az elfogadás érdekében gyermeki regresszív stratégiákat alkalmaznak, vagy éppenséggel elmaradnak a társas viselkedésben, kapcsolatszabályozásban, nem tudnak alkalmazkodni, illetve megfelelő kölcsönösségi szinteken át fokozatosan kapcsolódni a másik emberhez. Feszültség, boldogtalanság, depresszió, agresszió lehet mindennek

a tüneti következménye. Metaforikus értelemben meg lehetne tehát írni a „titok pszichopatológiáját”, illetve „noziológiáját” is.

A pszichológiai terápia folyamata is leírható a titok vetületében. Az úgynevezett verbális feltáró pszichoterápiában a páciens mind többet mond el önmagáról, azaz mind több titkát tárja fel. Átéletheti, hogy mennyire nem adekvát bizonyos titkainak túlzott védelme, hogy mennyire titkolózik önmaga előtt is. A megengedő légkörű terápiai szituációban általában már annak átélése is gyógyító hatású, hogy a titok kimondása után elmarad a rettegve várt következmény, az elítélés, a megszegyenülés vagy az elutasítás. Ez a Frank Alexander által leírt, úgynevezett korrektív emocionális élmény jelensége. Meg kell küzdeni az egyenlőtlen „titokgazdálkodási” viszonyokkal, hiszen a terapeuta háttérben marad, az ő titkainak megismerése körülményes. A feltáró terápiaiban nem a titokkezelési zavarok korrigálása áll a középpontban, hanem célzott beavatkozások révén felszabadulhat egyfajta belső integrálódási folyamat. Ez a folyamat, amelyet számos személyiség-tani iskola inherens, állandó emberi tulajdonságnak tart, szüntelenül arra serkenti az embert, hogy létrehozza éniállapotainak rendezettségét, valamiféle belpolitikai rendszerét, és eljusson önazonossága minél teljesebb felismeréséhez és elfogadásához. Ha ez sikerül, akkor már minimális titkokkal kell dolgoznia, és a társas külvilággal folyó információs csere gazdasága harmonikus lesz. Ebben a folyamatban korábbi élményeiből is mind több dolgot ért meg, illetve él át más formában. Új titkok derülnek ki korábbi és jelenlegi önmagáról. A verbális terápiaiban ez meg is fogalmazódik, de léteznek olyan terápiaik is, ahol a gátlásba kötött fejlődési folyamat egy-egy tünet vagy gátlás befolyásolása révén szabadul fel. A modern hipnózis és az úgynevezett neurolingvisztikus tréning a személyiségről leszakított, lehasított disszociált lelkiállapotra koncentrálnak, amely felfogása szerint tünetgerjesztő, illetve defektuskeltő hatása révén gátolja a magatartási integrációt. A pszichoanalitikus elmélet is hasonlóképpen írja le a különféle védekező mechanizmusok, az elfojtás, a tagadás koncepcióját, a „splitting” (hasítás) elméletét. Hasonló jelenségre utal a skizofrénia, a „hasadásos elmebaj” fogalma is. Ezek kapcsán ismét alkalmazhatnánk a titok fogalmát metaforikus, erősen kitágított értelemben. Mindenesetre ezekben a jelenségekben mindig tetten érhető a külső vagy belső információs zárlat, és a terápia mindig tartalmazza a kommunikációs folyamatok felszabadítását.

A titok tehát nagyon viszonylagos fogalom, elsősorban a társaslélektani viszonzyszabályozás, információkezelés rendszerében értelmezhető. Mindig van azonban valamilyen társadalmi értelme és objektivitása, mint ahogy szubjektív súlya és helyértéke is. Mint a felsorolt esetleges példák mutatják, a titok

mindig valamilyen társadalmi értékre és szabályra vonatkozik. Törvény, erkölcs, szokás, csoportnorma ad a titoknak realitást, tehát a titokkezelés hibáinak következményeit kell megelőzni, enyhíteni. Minden titoknak van egyéni, intrapszichikus vetülete, hiszen a következmények leképeződése, a veszélyeket jelző emóciók megjelenése, értelmezése, reagálása leírható az egyéni lélektan szabályai szerint. Éppen a fejlődéslélektan mutat rá, hogy az éretlen személyiség megpróbál teljesen azonosulni a külső szabályokkal, és még önmaga elől is megpróbálja elrejtteni mindazt, ami kifelé titkolandó, mert kellemetlen következményekkel járhat. Ezt a belső kommunikációs folyamatot írja le a pszichoanalízis. A gyermeki, az éretlen vagy a beteg én gyakran önmaga elől titkolja azt, ami nem felel meg a társadalmi normának, vagy vélt elvárásnak. Ilyesmire utal József Attila egyik istenes versének szép kezdő sora: „Dolgaim elől rejtegetlek, Istenem, mert nagyon szeretlek...”. A gyermeki énnel kell görcsösen önmaga elől elrejtene a szülő elleni indulatot, vagy éppen az iránta érzett szexuális érdeklődést, vonzalmat. A felnőtt ember rendszerint csak az emberi szféra kellemetlen visszajelzéseit fojtja el, a tervezett, kivetített énkép sikertelenségével nem szívesen néz szembe, bár sejtései azért vannak. Ezek a belső titkok ezért nem igazi titkok, a titkokhoz általában hozzátartozik egész összefüggérendszerének tudatossága. A társas titkok esetében az ember mindig tudja, hogy mi miért és mennyire titok, melyek a saját érdekei és mik a titokkal kapcsolatos veszélyek.

Itt azonban tegyük egy kitérőt! A legtöbb ember a titok fogalmán az egyéni titkot érti. Az egyéni titokra derül fény mind az önként tett vallomásban, mint például a szerelmi vallomásban, mind a lelkiismeret felszabadítása érdekében, és persze a kényszervallatás hatására tett „töredelmes vallomásban”. (A kifejezésben a „megtörtség” nyilvánvalóan a régi korok vallatási módszereire utal.) Egyéni titkokat tár fel a gyónás is. Sokan mutattak már rá, hogy a múlt század végén kialakult verbális terápiák nagyon hasonlítanak a gyónásra. Amint a gyóntatóval szemben, a terapeutával szemben sem lehetnek titkok. A pszichoanalitikus elmélet – mint céloztunk rá – az egyéni titok feldolgozásának módszere. A személyiségfejlődés tanai is belülről, egyediségében nézik az embert, és állapítják meg, hogy hogyan operál titkaival. Ezáltal tulajdonképpen a hagyományos lélektan is közrejátszik a titok egyénlélektani értelmezésében, illetve megerősíti azt. Ezzel azonban a titkot bizonyos fokig misztifikálja és reifikálja is. A titok romantikus meghatározásának gyökerére a XVIII. századi német filozófia utal, amelynek antropológiája – mint azt például Kant *Psychologische Anthropologie* című könyve is mutatja – a teljesen zárt, individualizált emberképet tekintette kiindulópontjának. Azt az ember-

képet, amit a német romantika irodalma dolgozott ki, amelynek szép példája Goethe Werther szerelme és halála című könyve – és amely oly nagy lendületet adott a naplórásnak. Wundt pszichológiájában ez a filozófiai és irodalmi hagyomány öltött testet, ez hatott az ifjú Freudra, és ez a hagyomány az oka annak, hogy a pszichoanalízis nem tudott elszakadni a biológiai gyökerűnek vélt „emberi természet” fogalmától, illetve a biológiai modellek nyomán a pszichikum teljesen öntörvényű fejlődési és működési elméletétől. Ez a hagyomány, és ebből fakadóan később a lélektan, alig látott problémát az emberi kapcsolatokban, hiszen ott két vagy több univerzum jelvéltása történik, az emberek úgy közelednek és távolodnak egymástól, mint a bolygók, miközben lényegük önmagukban bezárva rejtőzik. Ebből időnként megmutatnak valamit egymásnak, és meg is értenek, ha másképpen nem, a nietzschei „Menschliches allzu Menschliches...” elv alapján. A fejlődési dimenzió ezáltal minimalizálódik. A fejlődési állomásoknak Freudnál is ontológiája van, a gyermek preformált, szükségszerű libidófejlődési fázisokon megy át, amelyek a felnőtt személyiségben – a neurológia ismert Jackson-féle modelljének analógiájára – elnyomottan bár, de viszonylagos szervezettségű formában megmaradhatnak, és így a viselkedés időnként e szerveződési szintekre visszaeshet, regrediálódhat. Nem véletlen, hogy a biológiai eredetű szükségletkielégülés, kivált a szexualitás, oly nagy hangsúlyt kap a pszichoanalízisben is, hiszen a zárt rendszert jelentő személyiség e felfogásban a szükségletek révén igényli a másik embert és közeledik hozzá. És természetesen szüksége van a társadalom nyújtotta biztonságra, s ezért meg kell alkudnia, le kell mondania bizonyos szükségleteinek kielégítéséről, vagy legalábbis halasztania, korlátoznia kell azokat. Ezt a folyamatot írja le Freud *Unbehagen in der Kultur* (nem teljesen jó magyar fordításában: *Rossz közérzet a kultúrában*) című könyvében. Így történt, hogy a titok „helyértéke” a korai pszichológiában is nagy volt, hasonlóan a múlt század európai közgondolkodásához; a fogalom használója hajlamos volt az ontologizálásra és a reifikációra, vagyis a titkot önálló létezőként posztulálta, illetve olyan jellegű egyértelmű valóságként tételezte, amilyenek a megfogható konkrét dolgokat tekintjük.

Pedig a titok nem önálló dolog, romantikus, emocionális töltete, izgalma meghatározott korszakhoz kötött. Paradigmaváltás zajlott körülötte, mind a társadalomban, mind a tudományban. Ennek alapvető oka a társadalmi változások felgyorsulása volt. Freud embere interiorizálta szüleinek az értékeit és normáit, ez az úgynevezett felettesén volt az az orientációs szerkezet, amihez a titok külső és belső kezelése során igazodni lehetett. A merev felettesén árnyékában a homoerotikus hajlammal vagy egyházi személy esetén a bűnnel

való szembesülés óriási krízissé válik. Maugham *Eső* című novellájában a rejtett szexuális vágyaiban elbukó pap végez magával. Ma a felettesén csak átmeneti formákban és töredékekben léteznek. A megkésett személyiségfejlődés különböző korszakaiban nagyok a változások, mint ahogy a morál is rendkívül plurális és változó. Mint ismeretes, ma kb. negyvenéves koráig igyekszik mindenki „befejezetlen” maradni és megőrizni a változás lehetőségét.

Ahogy a polgári illem, a képmutató hagyomány, a magatartási etikettek szokásrendszere oldódik, az emberek kevesebbet adnak a látszatra, kevesebb titkuk van. Egyfajta fundamentális demokratizálódás is végbemegy, hiszen bővülnek a kisebbségi jogok, egyre elfogadottabb a „fogyatékoság” egyenjogúsága. Jellemző, hogy például a művelt amerikai fogalomhasználatában a fogyatékos (handicapped) vagy a korlátozott (impaired) helyett ma terjedőben van egy különös, szinte lefordíthatatlan kifejezés: *physically or mentally challenged*, vagyis olyan ember, aki számára testi, vagy lelki állapota valamilyen kihívást jelent. A fogyatékos embernek komoly, ám leküzdhető problémája van, hiszen a *challenge* ige konnotációja olyan kihívást jelent, amit meg lehet oldani, amivel szembe lehet szállni. Ha a társadalom tényleg így fog viszonyulni a fogyatékosághoz, akkor nem kell szégyellni, tehát nem kell titkolni sem. A betegség ma elfogadott, szinte mindenkit kezelnek valamivel. Leginkább a rák vagy az AIDS körül van még titkolózás. Nemcsak a titok kevesebb a titoktartás is nehézkes. Hiába tiltanak a jóléti államokban mindenféle összeírást, hiába törlik el a személyazonosító számokat és hoznak új és új adatvédelmi törvényeket a számítógépek elterjedése nagyon áttekinthetővé teszi az emberek mozgását, cselekvését. A régi privatizált, titkosított kapcsolatokat ma ügyvédi irodák intézik az emberek *praxisközösségek*, kórházi osztályok *kliensei*, betegek. Egy amerikai közlemény szerint egy átlagos nagyságú amerikai kórházi osztály, átlag 53 olyan ember van a személyzetben a takarítónőtől az igazgatóig, aki több-kevesebb nehézséggel hozzáférhet a beteggel kapcsolatos bizalmas információkhoz. Nehéz tehát titkot tartani, ez is bizonyos fokig a titok devalvációjához vezet.

Az elmondottakból azonban az következik, hogy a titok régi, romantikus, izgalmas jelentését tudományos, tehát pszichológiai és szociológiai értelemben nem érdemes komolyan venni. Ami a titok fogalmában érdekes, az a saját személyiségünkre, saját énünkre vonatkozó bizalmas információk jellegének és kezelésmódjának kérdése, illetve az, hogy ezeknek az információknak milyen szerepük van az emberi kapcsolatokban, a csoportképződésben, valamint a személyiség zavaraiiban és azok gyógyításában. Érdemes tehát relativizálni a titok fogalmát és felismerni metaforikus természetét. Ha ezt a fogalmat

11. A szétfosló titok

használjuk, inkább játékos módon tegyük, vegyük számba különféle jelentéseit és kialakult összefüggéseit, keressük meg a megfelelő szövegkörnyezetet, elemezzük a bennük rejlő szabályszerűségeket, de közben ne vegyük túlságosan komolyan önmagunkat, legyünk tudatában annak hogy nem a „titok nyomába eredtünk”, hanem csupán szemantikai zsonglorködést folytatunk.

12. A természeti, a természetfeletti, és ami a szomszéd ismerősének használt... Gondolatok a hiszékenység anatómiájáról

*Tudtuk, hogy az ember esendő
S nagyon adós a szeretettel:
Hiába, mégis furcsa volt,
Fordulása élt s volt világnak.*

Ady e néhány sora sokszor eszébe jut azoknak, akik felnőttként éltek néhány évtizedet a régi társadalmi rendszer, a kommunizmus örökkévalónak tetsző világában, a változás ugyanis sok meglepetést és csalódást okoz. Tudjuk, hogy az ember esendő, és persze, minőségében nem történik semmi olyasmi, ami váratlan lenne, vagy amire nem gondolhattunk volna. Mennyiségben, egyes jelenséget mérhetően azonban annál több megnyilvánulást tapasztalunk, amire nemcsak a fejünket kapjuk fel, hanem nyugtalanok leszünk, esetleg szorongani is kezdünk.

Tudományos műveltségű embernek ilyen a babona, a mágikus gondolkodás, a gyerekes tévtanok, szembetűnően szélhámos gyakorlatok hihetetlen terjedése országunkban, és a félelmes hiszékenység, amivel ezeket a lakosság fogadja. Nem is tudjuk megragadni, összegezni e megnyilvánulásokat, de valamennyien érzékeljük vagy tapasztaljuk őket. Hiedelmek, életfilozófiák, életmódtanok, csodagyógymódok, csodaszerek, mágikus gyógyító gyakorlatok ezek. Nem könnyű felsorolni őket. Nemcsak azért, mert nincs olyan „szabadalmi hivatal” vagy „anyakönyvi hatóság”, amely számon tartaná őket, hanem azért is, mert a legcsekélyebb kritika, kétkedés hangoztatása e divatokkal szemben nyomban a vaskalaposság, a konzervativizmus vagy valamiféle hagyományos foglalkozási érdekvédelem vádját hozza a fejünkre.

A legtöbb aggódó, kételkedő ezért hallgat, sőt, gyakran „disszimulál”. Inkább bólogat, amikor a társaságban az asztrológiáról vagy a horoszkópokról beszélnek, nem vállalja, hogy nekiessenek. Nem meri elmondani a véleményét az ufókról, az asztrálestestekről, őrizkedik a Nulladik típusú találkozások bírálatától, rezzentelen arccal veszi tudomásul ismerősei parapszichológiai megérzéseit, jövőbe látását, mások gondolatainak átviteli képességét. Leszedik róla a keresztvizet, hiszen tisztos, őszbe csavarodott hajú felnőttek állításait hazudtolná meg, akik mindezt átérték, megtapasztalták, látták.

Ha akupunktúra ellen szólnak, „évezredek keleti bölcsességét”, a kínai kultúra ősi vívmányait támadnák, és „kilógna a lóláb”, ha az illető véletlenül orvos (és ilyen módon botor fejjel jogot érez arra, hogy ilyen kérdésekben álláspontja legyen...) vagy le és felmenői között van valaki gyógyító.

Ha a rák gyógyításáról van szó, szintén nem mond inkább semmit az okos ember, hiszen a Béres-cseppek hányattatásaira vagy a Celladam szomorú sorsára gondol, amely már régen kihúzta volna az országot a gazdasági bajból és tízezreket mentett volna meg a haláltól, ha a hatóságok nem akadékoskodnak, és önös érdekből az orvosok nem gördítenek akadályt a szer diadala elé. Átlag évi 6,5 biztos gyógymód születik a rák ellen Magyarországon és mindegyiknek hatalmas tábora van, mindegyik magas állású, közismert betegekre hivatkozik, akiket meggyógyított, miután az onkológusok már majdnem tönkretették, halálba kergették. Nemcsak azt kell szóltanul elhinnünk, hogy talpmasszázs vagy növényi kivonat gyógyítja a rákot, hogy elég megfizetnünk a varázsvesszős bácsit vagy nénit, hogy mondja meg, lakásunk melyik sarkába helyezük az ágyat hogy az ártalmas geomágneses kisugárzásoktól mentesüljünk, de szemrebbelés nélkül kell tudomásul vennünk minden idők legkegyetlenebb, véres” ostobaságát, a „pszichosebészetet”, ahol „vértelenül”, – bár a demonstrációkban nagyon is vérlucskos módon –, műtét nélkül kotorják ki belőlünk a daganatot. Mindent gyógyít a mágneses csodakarika, meg lehet mágnesezni a vizet, és akkor már csak önteni kell a csatosüvegéből és a demizsonból, és akkor meggyógyulunk. Meg kell persze találnunk azt a megbízható ismerőst, aki megszerzi nekünk az elmés feltalálólaktól, akiket természetesen üldöznék a hatóságok, irigységből be akarnak tiltani, akit adóval akarnak tönkretenni, mint a régi jó halottlátó asszonyt, akinek áldásos tevékenysége nélkül most már nem tudunk kommunikálni halottainkkal.

De hát ott van azért még a jó öreg spiritizmus, a reinkarnáció sokféle hite, így hát azért fel lehet venni a kapcsolatot a túlvilággal, és lehet tenni valamit, hogy következő életünkben kedvezőbb körülmények közé kerüljünk.

Addig is, ha van fájdalunk, menjünk el a csontkovácshoz ukrán ráolvasók rendelnek a közelünkben, tolmács fordítja a kínai és vietnami „professzor” szavait, amelyek révén átviszi ránk az akaratát, magnetikus bioárammal tölt fel bennünket, helyreállítja a cirkulációt a „jinünk” és „jangunk” között, ezek után már csak meditálnunk kell megtanulni, leolvasni apró érzéseinkből lépünk, bárzsingunk, dülmirigyünk titkos üzenetét, amelyre azután biztosan hagyatkozhatunk, és amely után helyreáll a testünket körülvevő elektromagnetikus aura, amely majd sajnos elkerülhetetlen halálunk idején összesűrűsödve hagy el bennünket (de azért komoly tudósok – kizárólag pro-

fesszorok vannak e téren, akik fél életnyi tévelygés után a hivatalos tudományban „rádöbbenek” a valóságra... – kutatók le tudják fényképezni, voltmérővel, speciális oszcilloszkóppal mérik). Miközben lelkünk így távozik, azért mi még átéljük az átmenetet a túlvilágba, mint erről Moody után oly sokan megnyugtatnak bennünket.

A kételkedő tehát jobban teszi, ha nem szól, és nem dobja el automatikusan a levelet, amit postaládájában talál, és amelyet 15 másolati példányban kellene ismerőseinek szétküldeni, mert akkor eléri a szerencse, nemcsak egészséges lesz, hanem pénz is áll a házhoz. Ellenkező esetben viszont úgy jár, mint a chilei elektromérnök vagy az izlandi erdész, akinek fekélyek lepték el a testét, megdöglött a kutyája és a komputer árvaháznak utalta át a bankszámláját.

De jobban teszi, ha történelmi vitáknál sem igyekszik az ár ellen úszni, népünk sumér, japán, azték eredetét hallva ne próbáljon érvelni, elsüllyedt kontinensek, fejlett ősi kultúrák létét ne vonja kétségbe, de akkor se csóválja a fejét, ha kiderül, hogy Hitler, Ferenc József és Mata Hari törvénytelen gyermeke. A földrajzban kerülje a Bermuda-háromszöget, ne tiltakozzon, ha valaki látta a yetit, a közép-afrikai mocsárlakó brontosauruszt, a lochnessi szörnyet. Tárgyaira vigyázzon, hiszen nem tudja, mikor találkozik egy Uri Gellerral, aki kanálait, bicskáját elhajlítja, slusszkulcsából kövi rózsát csinál.

De a másik telekről szemmel is verhetik, az ellensége a rontást viszi rá, mások megátkozhatják, amely hetedízigen is hat, ezért azután jó lesz beszerezni a különféle amuletteket, felszögezni a patkót.

A sok stressz okozta elhízást napok alatt le lehet adni a legnagyobb példányszámú lapokban oldalas hirdetéssel ajánlott csodadiétával, de a férfiaságunk is visszatér, ha a megfelelő csodakészítményt vesszük be, mellünk a kívántra nő a dél-amerikai balzsamtól, és hosszú életünk biztosított, ha fokhagymaoldatot kőporral és hígított vízzel keverünk... És így tovább. Impossible est satiram non scribere – pedig nagyon komoly dolgokról van szó. Talán ezek halnak ebbe bele és tízezrek szűkös anyagi erőforrásait csapolják meg a neoprimitívizmus vámszedői és százezrek életét terelik el ezek a „megoldások” a racionális életvezetéstől, a megfelelően átélt érzelmi kapcsolatoktól, az önazonosság megtalálásának életfeladatától vagy a jövőbe irányuló célszerű életszervezéstől.

Mindez ellen tenni aligha lehet valamit. A babonák, a kuruzslás, a megtévesztés mételeyét leginkább ellenzők sem hisznek a tiltás erejében. Látjuk is, hogy a nyilvánvalóan káros dolgok elleni hatósági fellépés is csak olaj a tűzre. Csak a kívánt mártírszerepet adja meg a feltalálónak, a prófétának, a veszülletett karizmatikus tehetségnek, annál nagyobb lesz a hitele az általa hirdetett

téveszméknek. Akit és amit a pártállamban tiltottak, az most politikai üldözöttként lép fel. Ma sem nehéz politikai motívumot tulajdonítani bármilyen korlátozásnak. Akármelyik szakma próbál fellépni, könnyű a céh irigykedésére, a régi, reakciós szakmai vezetés önvédelmére hivatkozni. A józan vita, az értelmes beszéd kilátástalan, már csak azért is, mert arra senki sem figyel oda. Bármely állítólagos felfedezés óriási tömegkommunikációs visszhangot kap, hiszen ebből szenzáció támad. Ha valaki bejelenti, hogy megtalálta Attila rovásírásos naplóját vagy bebizonyítja, hogy érckoporsóját az ötvenes években eladták a MÉH-nek, ez óriási téma, míg a történész vagy a régész ellenvéleménye esetleg hosszú ideig húzódó sajtóetikai kivizsgálás vagy polgári per után, apró betűvel megjelenik valahol hátul egy lapban. A legtöbb illetékes ezért legyint, káromkodik, otthon fakad ki vagy kollégái között, de nem vállalja a haladás ellenségének, a fejlődés visszatartójának szerepét, nem olvastatja saját fejére az éppen nemrég érettségizett bájos riporterernőtől, hogy „több dolog van égen s földön, Horatio” vagy hogy háromszáz évvel ezelőtt bolondnak mondták volna, ha valaki azt állítja, hogy egykor lesz rádió.

Pedig valamit tenni kellene. Az írástudók felelősek ezért a helyzetért. Hovatovább egész szakmák és tudományágak süllyednek a babonás, primitív mentalitás ködébe.

Mit lehetne tenni? Szerintem először meg kellene érteni és értelmezni kellene a jelenséget. Erre azért megvolna a módunk. Paradox módon a módszereire és empiriájára büszke tudomány alig vizsgálódott e téren. Jól mutatja ez a társadalomtudományok életidegenségét. Egy-egy ideologizált álprobléma sokszeres citációs gyakoriságot ér el egy évben, de babonás-mágikus társadalmi mozgalmak, divatok és határterületeik vizsgálata alig történik. Erre nincs grant, nincs intézmény, nincs szakmai társaság. Minden valamirevaló akadémia rangján alulnak érzi, hogy ilyesmivel foglalkozzék (inkább szenved, mint a megbántott Madonna, amikor a közvélemény „természetfeletti szakosztály” felállítását kéri tőle, vagy a csodagyógyítóknak, feltalálóknak követeli a rendes tagságot...). A pszichológia sem foglalkozik e hiedelmek társaslélektanával, személyiségen belüli funkciójával, motívumaival. Nincs e jelenségeknek valós kulturális antropológiája. Nincs közgazdaságtana, pedig ez óriási üzletág, töméntelen szervezeti problémával, az élet talán nem sokára önálló „menedzserképzést”, PR és marketing kutatást fog kitermelni e téren (természetesen nem a tudományos kételkedők, hanem az „ipar” érdekeinek megfelelően).

Persze, ez így túl nyers – ahogy a németek mondják: „pauschal” – kijelentés, a valóságban vannak azért figyelemreméltó vizsgálatok, adatok, vannak

értelmes szakkönyvek (például az 1975-ben kiadott Jahoda-kötet, A babona lélektana), ismerjük Festinger kognitív egyensúly, illetve diszsonancia-elméletét, és sok más tudományos álláspontot. Festinger például ma is aktuális. *When Profecy Fails* című, több mint harminc évvel ezelőtt megjelent könyvében igen szépen mutatja be, hogyan erősödik egy „világvége-szekta” hite, miután a napra beígért kataklizma elmarad. Ma is látjuk, hogy akinek nem válik be a jóslata, az még inkább hisz a jóslásban, jövőbelátásban, csak éppen sajnálja, hogy neki ez a képesség nem eléggé adatott meg, vagy a kérdéses ügyben nem volt eléggé formában. A csodagyógymóddal kezelt gyógyulatlan beteg is még jobban hisz, csak az bántja, hogy az a csodálatos eljárás, ami mindenkinek segít, éppen az ő esetében nem válik be. Vannak tehát megközelítésmódok, elméletek, adatok, de szintetizálni kellene őket.

Ha talán a „természetfeletti tudományok szakosztálya” tréfa is (bár természetgyógyászati akadémia már van egy pár...), valamilyen „babonológiai”, illetve „stupidológiai” intézet vagy kutatócsoport nem lenne bolondság. Már csak azért sem, mert nyilvánvaló, hogy a valós tudomány és az áltudományok között nem éles az átmenet, a mágikus gondolkodást nem szünteti meg automatikusan az iskolázottság. A jelenséget elemző társadalomfilozófusok gyakran utalnak is arra, hogy az intézményes tudomány is teli van babonás, mágikus elemekkel, és amíg azokat nem leplezik le, nem próbálják vizsgálni és megérteni, addig nem lehet eredményes a babona elleni küzdelem. Aki figyelmesen olvassa Thomas Kuhn ismert könyvét, óhatatlanul a tudománytörténetre vetítheti vissza a problémát, hiszen nem véletlen hogy egy „paradigmának” ki kell halnia, egyébként meg nem cáfolható, hiszen képviselői birtokolják a tudomány intézményes hatalmát. Amíg egy-egy természettudományi intézetben, tanszéken az igazságot „birtokolják” a vezetők, amíg tudományos dogmák uralkodnak, amíg a tudomány irányítói oly gyakran megvalósítják a „*cuius regio eius religio*” ősi elvét, addig nem lehet várni, hogy a köztudat kritikusabb legyen. Addig ez a tekintélyelvű, jutalomorientált minta terjed más területekre is.

Ugyanígy nem várhatjuk, hogy a csodaszerekkel szemben immunis legyen a lakosság, amíg a „tudományos szélhámosságok” olyan könnyen terjednek, amíg a hihetetlenül hipertrofizált orvosi szakirodalom minden ostobaságot felkap, amit orvos vagy specialista (tehát a M.D., illetve a specialist degree boldog birtokosa, netán kandidátus, illetve ennek megfelelő Ph.D. stb. – a „birtokos” kifejezés nem véletlen, a tudományos rang is egyfajta „nemeslevéllé”, felkentségi okirattá válik manapság) ír le, akár egy-egy rosszul megfigyelt eset után. Miért ne higgyen még az értelmes átlagember is a csodaszer-

ben, amikor a szeme előtt zajlik a gyógyszeripar versengése a reklámhordozókban, amikor a hivatalos, „tudományos” szerek ezreit próbálják ugyancsak csodaszernek feltüntetni számára. Ha hisz a „farmakopoétika” szép állításainak, ha enged annak a nyomásnak, amit orvosa gyakorol rá, hogy a legújabb és legdrágább szereket fogyassza (kivált, ha még abba is beletekint, hogyan korrumpálja ez a gyógyszeripar a tudományos kutatást, ajándékokkal, utazásokkal, műszerrel igyekszik lefizetni az orvosokat), akkor csoda-e, hogy szimpátiája és bizalma támad az iránt, akit ez a medicina, ez a farmakológia nem akar befogadni, „üldöz”, ám aki „Lorenzo olajához” hasonlóan mégis rátalált valamire.

Talán éppen azért nem foglalkozik a tudomány az áltudományok, babonások, hétköznapi mágiák és ügyes szélhámosságok jelenségeivel nehogy szembe kelljen néznie azzal, hogy a saját területén is micsoda zűrzavarok vannak e téren? Netán, hogy maga adja a rossz mintát a felfedezőnek? Hogy netán a tudós nagyképűsége és életidegensége teríti a szőnyeget a sarlatán elé?

Nem lehet, hogy a túltengő (a természettudományokban kétségtelenül jól standardizált és hatékony) empiria, a mereven értelmezett logikai pozitivizmus érte el, hogy alig fejlődik a tudományelmélet, tudományfilozófia, hogy a konceptuális és modellalkotó képesség számos fontos tudományban nem fejlődött ki, és így nincs alternatív tudományos válasz azokra a kérdésekre, amelyekre – a lakosság nyelvén és kognitív-érzelmi kategóriáiban – felel az áltudomány vagy a babona?

Nem azért tenyészik ez a sok új mitológia, mert ezzel a pozitivistá hagyománnyal teljesen sterillé vált minden társadalomtudományi ág, mindenütt a kísérlet lidércét hajszolják, és minden akadémiai, egyetemi intézetből szinte világszerte kiszorul minden, ami az embert, a személyiséget, az emberi kapcsolatokat egészlegesen, társadalmi önszervező tényezőként vizsgálná és értelmezné? Nem a világszerte „tudományos” uralom alatt álló orvosegyetemi oktatás éri el, hogy a természettudományosan jól képzett orvos szinte kommunikáció és kapcsolatképtelen, csak merev szerepvitelkedést erőltet, csak autoritatikus kijelentései vannak, miközben az „alternatív orvoslás” legegyszerűbb képviselői is igyekeznek kialakítani a megfelelő „imázsukat”, értenek a reklámhoz, kitűnően alkalmazzák a „social marketing” szabályait, és valódi emocionális szükségleteket hoznak rezonanciába a betegben vagy a kliensükben?

Véletlen-e, hogy a pszichiátriát mindig a kraepelini, szűk nozológiai szemlélet uralta, és hogy most a biológiai és pszichofarmakológiai pszichiátria tart kézben minden hatalmi pozíciót? Így nem csoda, hogy nincs élő orvosi pszi-

chológia, az orvosok a pszichoterápiás viszonyulás alapvető képességeivel sem rendelkeznek. A jósnő legalább odafigyel a „páciensre”, hogy hihető dolgot tudjon mondani neki, trükkösen megnyeri a bizalmát néhány jól célzott banalitással, a csontkovács vagy az akupunktőr oda nyúl, ahol fáj, legalább a gesztusban nyújtja a törődést, amire a „tudományos” orvos már nem ér rá (gondoljunk csak arra, hogy körülbelül negyvenezer magyar orvosból több ezer a tudományok doktora és a kandidátus, és ha azokat vesszük, akik írják a disszertációjukat vagy készülnek írni, bizonyosan jóval túljutunk a tízezeren...).

Továbbmenve, sokszor megállapítják, hogy az orvosi kutatás nem eléggé gyakorlati, azok a mindennapi mozgásszervi, belszervi, funkcionális idegrendszeri, életmódból eredő stb. panaszok, tünetek, amelyek az orvoshoz fordulást az esetek túlnyomó többségében motiválják, alig keltenek tudományos érdeklődést az orvosok között. Az orvoslás gyakorlata nem szalonképes tudományos téma. Márpedig például az orvosokban a tudomány presztízse óriási, mondhatnánk túlzottan nagy, ha a gyógyító gyakorlatot vesszük figyelembe. Az orvosok ezt a fantomot kergetik, ezt verte beléjük az orvosegyetem, ezt támogatja az ipar, az akadémia (a „beléjük verés” kifejezés a drillnél erősebb pszichológiai erőkre utal: a professzionális szocializáció erőteljes hatásaira, amelyek különösen a hivatás jellegű, karizmatikus szakmákban nagyon hatékonyak, az érzelmi azonosulás, az öntudatlan mintakövetés révén). Eközben a gyakorlat nonspecifikus, de a valóságban nagyon lényeges részét képező elemeit elhanyagolják. Például tudják a betegségek molekuláris biológiáját és a gyógyítás biokémiáját, de nem tudnak kommunikálni, márpedig a gyógyítás kommunikáció és befolyásolás, meggyőzés mátrixában történik, hiszen a diagnosztikus eljárásokkal együtt kell működni, a gyógyszert a megfelelő módon és ideig be kell venni, a műtétet meg kell engedni stb. – és ebben ott van a beteg és emberi mikrokozmosza mint önálló döntő erő. Ezt az erőt szokta – megszokta – a hagyományos orvoslás félresöpörni, megerősöskölni, autokratikus magatartással elfojtani, és akkor azután csodálkozik, hogy ennek az autonómiának, döntési jognak kedvéért a mai beteg akár élete kockáztatásával, önkárosítás veszélyével is elmegy oda, ahol ezt respektálják.

Ha megnyílna a „központi áltudományi és csodászati intézet”, valószínűleg ilyesmit állapítanának meg a kutatói. Dehogyan foglalkozunk hát ilyesmivel! Húzódjunk csak vissza intézetünk falai közé, ahol nagy elődeink emléktábláján és képmásán pihentetjük a tekintetünket, vagy a katedrára, ahol az „autosz efa” érvényét biztosítja hatalmunk a diákok és a tanársegédek felett.

Vagy mutogassunk a társadalomra! Amely nem ad elég pénzt, nem tiszteli a tudományt. Nem védi meg a támadásoktól. Amiben persze sok az igazság. Minden országban diszkriminatív és nagyon sok politikai körülmény által meghatározott a tudomány finanszírozása. Kontraszelektív a tudományos irányítás, aki járt már fejlett nyugati országban és ott láthatta, hallhatta a tudományburokrácia vezetőit, sok ismerős dolgot tapasztalhatott. A korszerű termelő és „people-processing” intézményektől eltérően a tudományos intézmények, szervezetek struktúrája és működés módja szembetűnően elavult, sok fejlett országban is. A tudományos hierarchia szakrális, autokratikus rendszeréről már szóltunk, ezt nemegyszer a társadalom, a politika tartja fenn. A politika is manipulál a sajtóval, tömegtájékoztatással és időnként serkenti a tudományellenességet. Még gyakoribb, hogy a politika és a befolyásolt tömegtájékoztatás emeli ki és teszi híressé a babonás jelenségeket és így teremti meg a mágikus gondolkodás társadalmi közegét.

Még az is mondható, hogy elégtelenül funkcionál az egyház, és nem az eleven, modern hitet tudja közvetíteni, nem az élő rituálékhoz köti az embereket, hanem a vallások ősi, mágikus magját állítja reflektorfénybe, nem adja meg a hit hermeneutikáját, nem nyújt életfilozófiát.

Lehetne a közoktatást is hibáztatni (bár innen elég hamar visszakanyarodnánk a tudomány önkritikájához, hiszen az intézményes tudomány a pedagógia terén is világszerte eléggé retrográd, kontraszelektív, szerencsére a fejlett országokban a gyakorlat gyakran megpróbált függetlenedni a tudománytól), a nyugati országok zömében a tudósok is, a közvélemény is nagyon kritikusak a közoktatással kapcsolatosan.

Nagyon kell hangsúlyozni, hogy a babona, mágia, áltudomány világjelenség. A természetfeletti iránti hiedelmeket, a természetkultuszt, a mágikus keleti gyógy módok mozgalmát és sok más sarlatánságot külföldön találták ki, a legtöbb hazai elterjedésében szerepet játszott, hogy lehetett arra hivatkozni, hogy ez már Németországban megy, ezt a svájci megbiztosítás már fizeti, amannak Amerikában tanszéke és akadémiaja van stb. A nyugati országokban bármilyen tevékenység körül lehet alapítani és bejegyeztetni társaságot, akár milyen fellengzős néven, annak lehet intézetet alapítani; ami esetleg nem több, mint egy alagsori szoba, lehet díszes fejléces levélpapírt nyomtatni. Ott is vannak, akikre hat az ilyesmi, és már ezzel el lehet kezdeni harcolni a piacért, a „szeletért” a babonaipar pénzügyi „tortájából” (ahogyan azt a mi sajtónk most szívesen emlegeti; a szokásos tíz-tizenöt éves késéssel a német sajtónyelv – angolul ezt „journalese”-nek mondják – divatkifejezését átvéve). Itthon azután ez kiváló érv a Nyugat haladása és a mi elmaradottságunk mel-

lett („ott már rég csinálják...” „itt tiltják...”). Világjelenségekről van tehát szó, és erre utaltam az előzőekben is a fogalmazásmóddal.

De ha ez a világjelenség, miért kell csodálkozni, hogy hozzánk is eljutott? Miért kelt most csalódást bennünk, hogy elterjednek az ilyen nézetek, hiedelmek, gyógyító és befolyásoló gyakorlatok? Még csak azt sem mondhatjuk, hogy a dereguláció hozta őket létre. A legtöbb mai mágikus irányzat és gyakorlat megvolt már a hetvenes években is. Neves politikusok, közéleti személyiségek karoltak fel elképesztő butaságokat, és ismert rádiósok, televíziósok használták fel intézményes hatalmukat, hogy hirdessék az új csodaszereket, és „égessék” a tiltakozókat, kétkedőket. Nyugatról már akkor is behozták a különböző csodálatos cseppeket és főzeteket, elmentek még Kínába is akupunktúráztatni magukat az emberek, már hatalmas praxis volt a természetgyógyászat. Várható volt, hogy a centralizáció és a cenzúra azért valamelyest visszaszorító hatásának, a hivatalos materializmus kincstári kétkedésének megszűnte e jelenségeket elszaporítja nálunk. Mégis, a méret, a mérték meglepő, az óriási arány, a hiszékenység hihetetlen foka a megdöbbentő. Azért azt várhattuk volna, hogy az a nép, amelyet fél évszázadon át megpróbáltak indoktrinálni, de amely kitűnően megtanult a sorok között olvasni, titokban tájékozódni, mindenben kételkedni, az nem ül fel minden butaságnak. Azt gondolhattuk, hogy a demokratikus társadalomban kialakul valamiféle érdekvédelem. Azt hittük, hogy az üzleti alapokra helyezkedő tömegtájékoztatás ugyanúgy elkezd valós módon érdeklődni az életstílusra, életvezetésre és egészségre vonatkozó tudományos módszerek iránt, mint ez Nyugaton azért megtörtént (nemrég keltett nagy visszhangot például az a felmérés, amely szerint a nagy vezető amerikai orvosi lapok cikkeinek túlnyomó része rövid időn belül bekerül az országos tömegtájékoztatás orgánumaiba is). Azt reméltük, nálunk is kialakul a „scientific writer”, a „medical writer” foglalkozási ága, aminek révén a tudományos ismeret átadható a köztudatnak, a művelt, érdeklődő emberek célbavételén át. Azt hittük, hogy a gazdasági nehézségek takarékosabbá, megfontoltabbá teszik az embereket a pénzköltésben, és nem fognak ezeket adni bizonytalan, kézen-közön szerzett csodaszerekért. Bízunk, hogy a kontraszelektált tudományos testületek helyett elkötelezett tudományirányítók próbálnak párbeszédet kezdeni a közvéleménnyel. Szerettük volna, ha az egyház is kialakítja a maga párbeszédét, a kőtáblák, a klerikus hatalom, a nyáj quasi politikai megtartásán kívül a mai ember lelkére próbál hatni, életvezetési segítséget nyújt, karitatív erő, ma, amikor már nem tilos segíteni (meg keli mondani persze, hogy e téren történt még a legtöbb az egyházakban). Vártuk, hogy társadalmi önvédelmi mozgások indulnak meg, olyanok,

amelyek más országokban már régen éledeznek a szekták, a sarlatánságok, a népbútítás ellen.

Ehelyett szinte a pokol szabadult el. Milliós példányszámban kelnek el természetgyógyászati könyvek, költséges és gyakran ártalmas tréningek, gyakorlatok, indoktrinatív kiképzések drága tanfolyamaira ezrével jelentkeznek az emberek, fülbevaló helyett a fél lakosság – a túlsúlyosak már diszkrétan leragasztott – állandó akupunktúrás tűcskékkal járkál, a televízió minden más országnál nagyobb teret szentel az idelátogató földöntúli lényeknek, a titkos üzeneteknek, a lélek mélyében lakó erőknél (ezt könnyen ellenőrizhetjük, hiszen már 20-30 televíziós műsorral kaphatunk napi képet, nemcsak a műsorújságokból, hanem legtöbbünk ezeket műholdas csatornáról nézni is tudja), és így tovább.

Lehet, hogy emiatt nem kell megkongatni a vészharangot, elképzelhető, hogy itt átmeneti jelenségekről van csak szó. A „marxizálás”, a központi irányítás, a „hogyan lett az ember óriás” és az „élenjáró szovjet tudomány” gyakorlatával szemben valamiféle „rebound” történik, amely azután majd apályba, természetesen egyensúlyokba megy át. Lehet, hogy a tudományban és a felsőoktatásban látványosan végbe nem ment rendszerváltás is gyengíti itt a pozíciókat.

Nem vitatom, lehet, hogy esetleg ilyen rendszerváltásra nincs is szükség, hiszen – mint sokan mondják – már mindenkit a tehetség juttatott mai posztjára, de azért valószínűnek tartom, hogy az emberek ugyanúgy bizalmatlanok ezekkel a tudósokkal, akiket a filmhíradóban vagy a televízióban Rákosi, Biszku, Kádár társaságában láttak hajbókolni, mint ahogyan bizalmatlanok az átvedlett politikusok iránt. A csodaszer hirdetője, a megszállott feltaláló ennél sokkal hitelesebbnek tűnhet. A tudomány és a társadalom párbeszéde továbbra is nagyon egysíkú. Az Élet és Tudomány (egyébként önmagában jó) rövid hírecskéi (a tudomány világa címen), a Delta, a Szonda stb. általában csak az új módszer, a tudományos felismerés, a felfedezés síkján fogalmazza meg a tudomány híreit, és ezáltal előkészíti a talajt, hogy ezen a hullámhosszon más is jelentkezzen a maga felfedezéseivel.

Jellegetes és szimptomatikus, ahogyan a hivatalos tudomány reagál azokra, akik a tömegkommunikációban újszerű módon, valóban párbeszédet kezdve, az embereket felnőttnek véve próbál a tudományról beszélni. Ide sorolom már Nemeskürty István példáját, akinek nagyhatású könyvei nagy támadást váltottak ki (ma viszont már mondhatjuk, hogy serkentették a történéseket, hogy a közönséghez forduljanak, és a történettudományi ismeretterjesztés ma elég jól is áll a többi tudományhoz képest). Még inkább Czeizel Endrét, aki-

nek igen fontos tevékenységét, misszióját ijesztően sok gáncsoskodás akadályozta és éri most is a hivatalos tudomány részéről. Így azután nem csoda, hogy Däniken, Moody, vagy nagy magyar követőik uralják a mezőnyt és formálják az emberek gondolkodását.

Mit kellene tehát tenni?

Mágikus, áltudományos lenne, ha most megoldást ajánlanánk. Egy biztos, foglalkozni kell a kérdéssel, józanul, értelmesen, adatokat, tényeket keresve, de azért nem tartózkodva az általánosításoktól, elméletektől sem. Vitázni kellene. Élesen, de fair módon.

Ha a kezdetben idézett Ady-strófa eszünkbe jut, nemcsak az élt és volt világ fordulásának furcsaságára kell figyelni, hanem hangsúlyt kell adni annak is, hogy az ember esendő és „nagyon adós a szeretettel”. Az esendőséget jól illusztrálja a hiszékenység, amely a fogadó, a „fogyasztó” és a társas térbe cselekvő ember kapcsán most bőven szóba került. De a szeretet is fontos, amivel az ember adós. Ezzel adós a tudomány is. Valamiféle szeretettel kellene kezelnünk ezt a furcsa hiszékenységet, különös tülekedést a titok, a biztos tudás, az enyhet, gyógyulást, életet jelentő csodaszer iránt. Nagyon is valós, lényeges értékek és szükségletek bukkannak fel ebben, és ezeknek figyelembevételével, kielégítésével gyakran adósak azok, akik a tudomány nevében helytelenítik a kialakult gyakorlatot, a piac! körforgást, az üzleties rámenőséget és az oly gyakori „simlit”. Talán ha ebből is többet megértünk, jobban tudjuk vizsgálni a jelenségeket, és többet tehetünk ellenük is.

13. A magány dilemmája

Szinte elemi erejű mozgalom a művelt, ipari társadalmakban, hogy megpróbálják az emberek megérteni önmagukat és helyzetüket a világban, és ehhez igyekeznek segítségül venni az emberre vonatkozó tudományos ismereteket. Nagyon keresettek ezért a népszerű pszichológiai írások, minden magazin teli van velük, ismeretterjesztő lélektani és társadalomtudományi műsoroknak se szeri, se száma a rádióban és a televízióban. A legtöbb újságnak van lelki tanácsadója, ahol orvos vagy pszichológus, néha szexológus, vagy vallásos lapokban lelkész próbál válaszolni a beérkező levelekre. Ez a mozgalom először az Egyesült Államokban bontakozott ki, innen terjedt át Nyugat-Európára, ahonnan azután minket is elért.

Ez a tömegméretű érdeklődés az emberi problémák iránt természetes és egészséges jelenségnek tekinthető. Nagyon bonyolult lett a mai ember és nagyon sokrétű, ellentmondásos a viszonya a másikkal és a társadalomhoz. Nagyon sokféle szabálynak kell megfelelnie, sokféle lehetőség közül kell választania, több érték hat a mai emberre. Míg a korábbi társadalmi korszakokban egységes ideálok voltak, amelyek egy-egy kultúra vagy társadalmi réteg embereit irányították, ma a pluralizmus a divat, a sokféleség iránti türelem, sőt, esetenként a különbözőség, a különlegesség kultusza. Néhány nemzedéken belül rendkívüli mértékben differenciálódtak az emberek. Gyors a változás a különböző közösségekben, sok szakember szerint 7-10 évenként váltják ma egymást a generációk és hoznak mindig új szokásokat. Különösen a nagyváros kínál mindenféle életmintát, életstílust, amit azután meg lehet próbálni követni. Ezek közül sokszor nehéz a választás. Egy amerikai elmeorvos úgy magyarázta a mai ember neurózisát, hogy ma nem annyira a természetes készletek elnyomása okoz feszültséget, mint ahogyan Freud feltételezte, és ahogyan talán a császárkori Bécs polgári világában történt is, hanem a választás dilemmája. A mai ember több egyformán jó és kívánatos dolog közül választhat, azonban minden döntés szükségszerűen magával hozza a kényelmetlen lemondást. Ez az elmeorvos azt állítja, hogy az emberek a vonzó ingerek túlterhelésében élnek. Bizonyos, hogy ez is jelentős gond korunkban, de vannak más lelki bajok is. A legtöbb baj még mindig a társas szükségletek és igények

kielégületlenségéből ered. Ennek mélyén pedig az rejlik, hogy az emberek nehezen alkalmazkodnak egymáshoz, nehezen tudnak megfelelő kapcsolatokat kiépíteni, és a kapcsolatokban nem találják meg azt, amire vágnak, amit keresnek. Ez a mai ember differenciáltságából, fokozott egyediségéből fakad.

A modern társadalom kutatói – közülük is elsőnek Max Weber – hangsúlyozzák, hogy a mai emberekre az individuáció a jellemző, vagyis az, hogy mindinkább egyediek, egyéniségek lesznek. Korábbi korszakokban és társadalmi alakulatokban az emberek életét és lelki világát elsősorban azok a kollektívák határozták meg, amelyekhez tartozott. Így pl. a vallás, a nemzetség, a nagy család a maga tradícióival, továbbá a közösség, amiben az egyén élt. Az emberek inkább arra törekedtek, hogy egyformák legyenek a többiekkel az adott kereteken belül, különbözőségüket elsősorban a kívülállók felé hangoztatták, tehát a más valláshoz, más nemzetséghez, más családhoz és közösséghez tartozók felé. Az utolsó száz év során felgyorsult az a folyamat, hogy az emberek mindinkább kiválnak – lelkileg és viselkedésileg egyaránt – ezekből a kollektívákból. A technikai fejlődés, a termelési viszonyok változása, a növekvő egyéni szabadságjogok és a felfokozott mobilitás tartja fenn és erősíti ezt a folyamatot. Ez okozza, hogy ma a legtöbben huzamos ideig vagy véglegesen térben is el-eltávolodnak ezektől a kollektíváktól, tehát ezeknek közvetlen befolyása és kontrolláló hatása ezért is csökken vagy szűnik meg. Nagyobb szerepet kapnak tehát az egyéni törekvések és igények, nagyobb hajtóerő a saját elképzelések, tervek megvalósítása az életben, mint a kötődés, a ragaszkodás, a megmaradás vágya valamilyen emberi kapcsolati keretben. Ezt a szakemberek úgy fejezik ki, hogy a mai embert az önmegvalósítás, önérvényesítés vágya hajtja, és ennek a motívumnak jegyében kevésbé hajlik és képes a lemondásra, az áldozatra, a türelemre, a megegyezésre vagy kompromisszumra, tehát azokra a lelki viszonyulásokra, amelyekre a régebbi korszak embereit a hagyomány, a vallás és a közfelfogás állandóan tanította.

Nehezebb tehát a ma emberének kapcsolódnia, illeszkednie a másikhoz, hiszen mind kevesebb az illeszkedési pont, a hasonlóság vagy az azonosság. Csak átmenetileg köt össze a szex, az egymást kiegészítő szükségletekből fakadó összefogás, a baráti érzület vagy más, hasonló erő. A személyiségek egyébként nagyon különbözők, és ha ez valamely adott időpontban nem is tűnik fel, később szembeűnő lesz mert a két ember különböző irányban és különböző ütemben változik, fejlődik tovább.

Az egyéni változás és fejlődés szempontjára külön is fel kell hívni a figyelmet, ugyanis ez ma lényegesen nagyobb ívű és sokkal később befejeződő folyamat, mint valaha is volt. Régebben a serdülő már igyekezett felnőtt lenni,

hasonlíttani apjára vagy anyjára, a közösség tekintélyes felnőttjeire. Ma a késleltetett serdülés korában élünk, a fiatal felnőttkorban, amikor pedig már döntő jelentőségű párkapcsolatok alakulnak ki, házasságra lépnek és családot alapítanak az emberek, de lelki fejlődésüket illetően feltűnően „befejezetlenek”. A harmincas években azután nagy pszichológiai változások mennek végbe bennük, amelyek gyakorta alkalmatlanná teszik őket arra, hogy a korábban kötött párkapcsolatok és barátságok rejtett szerződéseit elfogadják, betartsák. Az esetek többségében ez a mozzanat a mind gyakoribbá váló válások oka. Néhány évi együttélés után a két ember már egészen mássá fejlődött, már más értéket képvisel, más célokat követ, és ezért nagyon nehezen jön ki egymással.

A késleltetett felnőtté válás, a felnőttkori differenciális fejlődés a mai életviszonyok között szinte elkerülhetetlen folyamat, a mai ember bonyolultságának egyszerre tényezője, kifejezője. Az említett döntési dilemma is közrejátszik ebben, a fiatalokat annyi életminta veszi körül, tehát annyi különböző életvezetési alternatíva motivációs csírája alakul ki bennük, hogy az én nem tud egy irányba építkezni, többféle struktúra alakul ki benne, és csak jóval később fejlődik ki a végleges azonosságtudat.

Nehéz tehát a társas lét, ugyanakkor a legfejlettebb, különbséggig egyéniséggé vált emberek is hallatlanul igénylik az érzelmetli, meghitt kapcsolatokat, és ezenkívül az emberi viszonyformák különböző intenzitású és jellegű formáit. Sőt, létezik valami különös dialektikus szabályszerűség – lélektani magyarázata messze vezetne –, hogy az individuáció párhuzamos a szoros emberi kapcsolatok igényével, csak azokon belül képes kialakulni. Az emberekben hallatlan érdeklődés él a másik ember iránt és valamiképpen minden tevékenység, minden törekvés összefüggésben van a másikkal. Így jön létre a paradoxon, hogy nagyon sokat sűrűlünk egymással, sokat igyekszünk távolodni másoktól, szabadulni akarunk bizonyos relációinktól, de nagyon zavar bennünket, hogy a másik ember „...fenség, Északfok, titok, idegenség...”, ahogyan ezt Ady kifejezte. Visszavonulnánk, de nem tudunk „így maradni”, vágyunk másokra, lassanként telítődünk persze haraggal is irántuk, hogy nem olyanok, amilyenek mi őket látni szeretnénk, hogy nem úgy viselkednek, ahogyan mi akarjuk, hogy nem fogadnak el bennünket. Nem vesszük közben észre, hogy a másikat is ugyanazok a kívánságok és igények hajtják, hogy ő is ugyanabban a „galaktikus erőterben” mozgó csillag, amiben mi is kerülgünk...

Így azután időnként szinte minden ember számára, és huzamos időn át nagyon sokak számára probléma, kínzó élmény a magány. A magány a nem kí-

vánt egyedüllét, az olyan lelkiállapot, amelynek élménycentrumában más emberek, másfajta társas tér hiánya áll. A hiány érzése nyugtalanságot vált ki. Ez vagy keresésre ösztönöz, vagy lehangoltságba és csüggedésbe megy át, esetleg elkeseredés is származhat belőle. Ritkán sikerül úrrá lenni rajta. Mielőtt valaki tudatosítaná magányát, már észrevétlenül átment egy sor apró, próbamagányon, amit nem akart észrevenni, és amit megpróbált a szokott módon megoldani, emberek közé ment, érintkezéseket keresett másokkal, csökkentette várakozásait másokkal szemben, de valahogyan semmi sem sikerült. Csak ritka eset, hogy a magány hirtelen szakad rá valakire, akkor is megvanak a rejtett előzmények, pl. az, hogy valakit csak egyetlen erős kapcsolatot kötötte az emberi külvilághoz, és ha az elveszett, vagy elhagyta őt, magára maradt.

Összetett jelenség tehát a magány, és mindenképpen olyan élethelyzet, amely az emberek többségét töprengésre készíti, néha segítségkérésre bírja. Nem csoda tehát, hogy ez a téma sokakat érdekel, hogy erről szívesen olvasnak, mert személyes magányukra keresnek gyógyírt. Ezért van az, hogy a lelki tanácsadási rovatokba olyan sokan írnak, vagy orvoshoz, pszichológushoz is sokan fordulnak magányukra megoldást keresve. Még a jobbik eset, ha írnak vagy beszélnek erről az emberek, nagyon sokan fojtják ezt a gondot italba, depresszióba, neurózisba. A magány kétségbeejtő gyakoriságát mutatja, hogy a világszerte elterjedt lelki telefonszolgálatok igénybevétele milyen nagy, milyen égető szükség van arra, hogy akár valaki teljesen ismeretlen emberrel is megosszuk gondjainkat. Az ilyen szolgálatok tapasztalatából tudjuk, hogy gyakran a krízis is összefügg a magánnyal, a magány ténye vagy réme súlyosbít válsággá valamilyen kapcsolatvesztést vagy konfliktust. A magány jelképes feloldása is segíthet átmenetileg a bajban, és ezért a bizalom telefonvonalain történő névtelen beszélgetéssel is sok embert képesek visszatartani az öngyilkosságtól. A lelki telefonszolgálatok munkatársai képzettségüknel és emberi érettségüknel fogva tudják nyújtani azt az elfogadást, azt a beleélő megértést, amit a természetes kapcsolati vagy közösségi partnerek nem tanúsítottak. A pár perces beszélgetés visszaadhatja a reményt, hogy mégis lehet kapcsolódni valakihez, mégis érdemes próbálkozni újra. Ismét Adyra kell gondolni, aki Lédával való civódásait, „héjanászhoz” hasonló tépelődéseit nehezen viselte, de mégis tudta, hogy e kapcsolat nélkül nehéz élni, és legalább „Léda aranyszobrát” kívánta maga mellé („...aranyba öntve mosolyognál, az ágyam előtt...”), mert ez a szobor olyan lehetne, amilyennek Lédát ő akarja, azt tenné, amit ő vár tőle... A lelki telefonszolgálatok által létrehozott megértésélményben rövid időre testet öltenek ilyenfajta „aranyszobrok”.

Sok ember túljut a magányon, de ijesztő lehetősége tovább is nyugtalanítja. Magányosok, magukra maradtak, a magány kínzó emlékeit hordozók, a magánytól félők azok, akik különösen szívesen ismernék meg e sajátos állapot szerkezetét, belső összefüggéseit. Szívesen olvasnának a magány természetéről. Nekik különösen alkalmas olvasmány ez a könyv. Szerzője olyan ember, aki mások megnyilvánulásából, de soraiból kicsendülően, saját tapasztalataiból is ismeri a magány élményformáit. Olvasott képeslap levelezési rovatát vezeti, „Agonia aunt” (Agónia néni), vagyis a szenvedések letéteményese (ezt a könyv fordítása során nehéz volt így visszaadni, az egyszerűbb „lelki segélyszolgálat” áll helyette) volt hosszú időn át, ahogyan a könyv előszavából és első részéből kiderül. Megpróbált nemcsak szakkönyvekben utánanézni a problémának, hanem igazán utána is gondolt. Színesen, érdekesítően vegyíti a tudományos vagy tudományos népszerűsítő munkákból kivett szempontjait az irodalom és a színház meglátogatóival, a magazinok révén közismert vagy a tömegtájékoztatás nyomán ismertté vált társadalmi jelenségekkel. Számos összetevőjét, tényezőjét érinti a magánynak, de nagyon nem mélyed el egyiknek tárgyalásában sem. Inkább felvillant szabályszerűségeket, igazságokat, a figyelmet akarja megragadni, felébreszteni. Bőséges anyagot ad olvasóinak a töprengésre. Néhány jegyzetével hozzásegít a további tájékozódáshoz. Nagyszerűen szerkeszti mondanivalóját. Egy-egy gondolatkör rövid fejezetben különül el. Ilyen fejezeteket akár metróroutázás során is el lehet olvasni, pár perces várakozás elég valahol, hogy valaki azt tanulmányozza, eközben nem érzett erőfeszítést, inkább szórakozott. A szellemes, könnyed stílus lebilincseli az olvasót. Közben azonban egy-egy bekezdés valószínűleg szíven is szúrja, nyugtalanra is teszi, mert az rá vonatkozik, az neki szól. Ezen azután nem lehet nem gondolkodni tovább.

Éppen ezért Irma Kurtz könyvét nagyon fontosnak kell tekintenünk. A lelki egészségvédelem felé vezető út jelentős lépését teszi meg, a személyiség önfejlesztéséhez és az életvezetés javításához szükséges ismereteket juttatja el sok emberhez. Mégpedig olyan módon, hogy katalizátorként hathat sok emberre. Felébreszti a vágyat a további vizsgálódásra, és ezáltal megsokszorozhatja a hatást, ami a vékony könyvecskétől, a levegősen tördelt fejezetektől elvárható.

A szakemberek tudják, hogy igen nagy szükség van az ilyen könyvekre. Sok neves tudós ír népszerűsítő munkákat, a lélektan és a társadalompszichológia köréből is, ezeket is sokan olvassák, de stílusuk, gondolatmenetük igencsak más, mint az átlagember mentális világa. Ezeket az írásokat nehezebb befogadni. Olvasott, művelt átlagember, újságíró viszont kitűnően tud közve-

títeni e téren. A mindennapi gondolkodás szempontjait használja. Ezzel igen fontos szimbolikus üzenetet is hordoz. Azt juttatja kifejezésre, hogy lényegében mindenki képes felfogni, feltárni, újszerűen megközelíteni ezt a problémakört, hogy az egyén megértési lehetőségei nagyobbak, mint gondolta, hogy érdemes máshoz fordulni tanácsért, vezérfonalakat keresni, az eddigiektől eltérő gondolatokat mérlegelni.

Irma Kurtz könyvében több van tehát, mint az felszínes olvasással realizálható, kibontakozni képes gondolatmagok füzére inkább ez a kedves és emberi kötet. A szakember ehhez a gondolatfüzérhez, színpompás gondolatkoszorúhoz keveset tehet hozzá. Talán csak azt kell még jobban kiemelni, hogy a magányból ki lehet kerülni, a magányt túl lehet fejlődni, mégpedig elsősorban úgy, hogy az ember maga változik. A magányt fel lehet úgy fogni, mint az élet kihívását arra, hogy ne álljon le belső differenciálódásunk, ne stagnáljunk fejlődésünkben, de próbáljunk megállapodni; belenyugodni életünk nehezen változtatható, kényelmetlen, csüggesztő helyzeteibe. A magány élménye legyen inkább figyelmeztetés, hogy huzamos időn át valami nem jól ment, valamit elmulasztottunk, valamire nem figyeltünk. Sok ember utólag talán azt is megállapíthatja, hogy örülnie kell, hogy egyszer volt valamilyen magány, valamilyen elhagyatottság az életében, mert ettől kapott ösztönzést a változásra. A változás irányai és lehetőségei nem könnyen foglalhatók össze, annyira sokfélék lehetnek. Csak azt lehet általánosságban elmondani, hogy a magáynak nincs gyors megoldása. Nincs nagy ötlet, amely egyszerre kiragad valakit a magányból (esetleg ritka szerencse, kedvező véletlen lehet erre képes, de ezzel egyben el is vész a lelki megújulás parancsa, tehát ki tudja, tényleg szerencséje az az ember, akinek egyszer csak a mesékben szokásos hirtelenséggel megszűnik a magánya). Nincsenek tehát olyan jó tanácsok, amiket a levélírók, panaszkodók várnak az okosabbtól vagy a szakembertől. Lassan, lelki munkával lehet változást előidézni, és ebben mindig valami olyanféle folyamat zajlik, hogy a magányos ember megtanul többet adni, olyant adni, amire másoknak szükségük van. Megtanul elfogadni másokat, megérteni a korábbiaknál mélyebben más embereket, megtanul egy kicsit tisztelni és szeretni másokat. Ezek után a kapcsolat – az adott élethelyzetben és társas térben lehetséges kapcsolat vagy relációk sora – önmagától alakul és gazdagodik. Aki objektíve nagyon nehéz helyzetben van, akinek kevés van lelkierőből, amiből adni lehet, vagy éppen súlyosan korlátozottak a képességei, az legalább kicsiben, modellben élheti meg, hogy még mindig van valami lehetősége a változásra, még mindig függenek tőle dolgok, még mindig van valami esélye.

13. A magány dilemmája

A magányból tehát a lelki változás és a nyomában előálló újszerű viszonyuláson át vezet a kiút. Ez persze nem egyszerű dolog, ennek konkrét folyamatait mindenkinek magának kell tisztáznia, magának kell lefordítania a különféle gondolatokat, amiket erről mások megfogalmaztak. Irma Kurtz könyve is segít ebben, de lehet még más, sokféle segítséget is találni.

14. Visszatekintés a múltba

Néhány gondolat az *Én is jártam Isonzónál...* című filmhez

A mai ember rohanó életet él, tudatában rendszerint ködbe vész a múlt, jobb esetben is néhány, történelemórán tanult tételbe vagy politikailag színezett jelszóba sűrűsödik össze és egyszerűsödik. Még a közelmúlt is. Pedig a múlt itt él közöttünk, sokféle formában. Jelenlegi életünk keretei nem érthetők teljesen, ha nem tudjuk rekonstruálni keletkezésük történetét és összetevőit. Ez az egyik forma, ahogyan a múlt él. Egy másik az, hogy közöttünk vannak még öreg emberként azok, akik a múlt cselekvő részesei voltak. Ha ők megszólalnak, emberközelbe kerül az, ami 50-60 vagy még több éve történt...

Magam sokszor átéltem öregek meghallgatásának különleges élményét. Két ember beszámolóját is hallhattam, aki 1918-ban Pétervárot tartózkodott és tömeggyűléseken Lenint, Trockijt és más, ma már legendás történelmi személyiséget hallgathatott, megfigyelhetett, természetesen mint egykori hadifogoly, akit az események magukkal sodortak.

A beszámolók sajátos közelségbe hozták a régi történelmi eseményeket, különös fénybe állították a ma már híres embereket, az élményeket hitelessé tette az emlékezet által megőrzött sok érzelmi és hangulati benyomás. Egyik elbeszélő esetében nyilvánvaló volt, hogy ő kritikusan szemlélte a látottakat, nem tudott azonosulni a körülötte kibontakozó mozgalmakkal, mégis hitelesnek tűnt mindaz, amit mondott, mert teret hagyott a másfajta értelmezésnek, másfajta látásmódnak is.

Az első világháború korszakának más eseményeiről már nincs közvetlen hírem, csak sokféle olvasmány idézi fel bennem ezt az időszakot. Tudok az olasz hadszíntér eseményeiről, döbbenetes olvasmányom volt Tersánszky Józsi Jenő *Egy ceruza története* című – nyilvánvalóan önéletrajzi jellegű –, tapasztalatokon alapuló regénye, de a téma végül is mégis idegen maradt számomra.

Az *Én is voltam Isonzónál...* című film közel hozta ezt a problémát számomra. Pedig ez nem a korszak dokumentumfilmje. Van ugyan benne néhány korabeli dokumentum, filmkocka, de olyan módon jelennek meg az archívumokból származó bejátszások, hogy nem biztos, hogy a képek erről a hadszínról

térről származnak, felvehették őket a korszak másik szörnyű színteréről, a nyugati fronton is, amelyet a Nyugaton a helyzet változatlan című döbbenetes regényből és játékfilmből ismerhetünk. Az Én is voltam Isonzónál... egyszerűen csak olyan öregeket beszéltet, akik egykor valóban ott harcoltak, és akiknek nagyobb részét olasz veteránszervezet meghívására buszkirándulás formájában sikerült elvinni újra a cégi hadszínterekre.

Az emlékeket megszólaltató és a történelemidéző utazást bemutató film nagy értéke, hogy az utolsó pillanatban rögzíti a régi idők tanúinak visszaemlékezéseit, és ezáltal különös módon érdekessé és közelivé teszi mindazt, ami akkor történt. Természetesen a film balladaszerű, tüzijáték röppentyűihez hasonlóan veti fel a kérdéseket és álláspontokat a régi harcok eseményeiről, mégis magával ragad és gondolkodásra kényszerít. Akit kicsit is érdekel a magyar múlt, aki kicsit is figyeli a velünk élő öregek világát és problémáit, az nem tudja kivonni magát a film hatása alól, noha a mai filmkultúra és filmtudomány kategóriáiban gondolkodó néző valószínűleg vontatottnak és lassúnak érzi az egykori isonzói harcosok visszaemlékezésének és emlékező utazásának bemutatását.

Az első döbbenet a háború maga. Barbusse, Remarque, Tersánszky és mások írásai, Gyóni Géza versei, emlékiratok sokasága jól mutatja, hogy századunk zenei A-hangját ez a háború adta meg, ez képviselte az értelmetlen pusztítás és gyilkolás különös csúcspontját. Tudjuk, hogy ezt azután sikerült a második világháborúban felülmúlni, de ekkor már az öldöklés elszemélytelenedett, ami 1914 és 1918 között megkezdődött, az modern technikai eszközök segítségével csak tökéletesedett, de szellemében azonos volt az isonzói és más frontok mindennapi eseményeivel. Mi sem mutatja ezt jobban, mint az, hogy az életben maradt öreg harcosok két emberöltő távlatából is borzadnak, sírva fakadnak, meghatódnak és elkeserednek, ha arra kell emlékezniük, hogyan pusztultak bajtársaik és barátaik, milyen véletlen, hogy ők maguk egyáltalán megmaradtak. Az emlékezésekből visszatükröződik a reménytelen félelem, ami a frontvonalban élők mindennapi életérzése lehetett.

A másik döbbenet az, hogy ezek az emberek gyakorlatilag magukra maradtak élményeikkel. Nem történhetett meg a lelki traumák feldolgozása bennük. A nyugodtan, némi nélkülözéssel, de a megszokott mederben élő hátsószág (micsoda különbség a második világháborúhoz képest...) fellázadt, őszirózsás, majd vörös forradalom tört ki; amely a visszatérő katonákat bizalmatlanul fogadta, letépkedte róluk azokat a rangjelzéseket, amikkel a katonai hagyomány tudta manipulálni őket. Nem fogadta el a helytállás, a vitézség elismeréseit és ezzel csak tovább bizonytalanította ezeket a sokat szenvedett em-

bereket. A Horthy-korszakban vesztesek voltak, a második világháború után pedig teljesen idejét múlttá vált tragédiájuk, hiszen az egész ország romokban hevert. Az ötvenes években pedig inkább titkolni volt célszerű, hogy a Monarchia hadseregében szolgáltak.

Most e filmből kitűnik, hogy ezek az emberek máig is őrzik sebeiket, sokan úgy érzik közülük, hogy elhagyták, elárulták őket, mások ma is újraélik tehetlenségüket, amit a történelmi Magyarország szétदारabolása keltett bennük, néhányan úgy vélik, ők helytálltak, csak a politika hagyta cserben őket. Gondjaik az egykori háború még „lassú” szörnyűségein (tüzérségi tűz és gáztámadás, szemben a bő két évtizeddel későbbi sorozat-aknavetőkkel, szőnyegbombázással) túlmutatnak és mai történelmi tudatunkat, nemzeti identitásérzésünket érintik. Ma ugyanis igazában nem tudjuk, kik vagyunk. Sokféle és ellentétes definíció vonatkozik ránk. A külföld szemében a Kárpát-medence kisebbségeinek igazi elnyomói vagyunk, ahogyan Benes, a román állam vagy a horvát és szerb nacionalizmus hirdette, és ahogyan Trianon urai bélyegeztek bennünket, vagy ahogyan a környező államok 1920 után hivatalos politikájába iktatták. A csonka Magyarország nemzeti tudatában az igazi vesztesek és kismimizettek. Az 1919-es forradalom emigrált képviselői szemében a polgári konszolidáció haszonélvezői. A második világháborúban az utolsó csatlós, a szövetségesek előtt a fajüldözés és népirtás különleges bűnösei. Az új világban azután az egyetlen nép, amely fegyveresen lázadt, ellenforradalmat élt át. Ma pedig a gazdasági reform és a különös jóléti állam kétes és bizonytalan valóságában élünk. Kik is vagyunk igazában? Nem itt, az első világháborús események idején kezdődött nemzeti azonosságtudatunk többszörös hasadtságának és ellentmondásosságának folyamata?

A film visszaemlékezései közül néhány mutatja, milyen kétségbeesetten keresték már akkor is az emberek, kik is ők és miért harcolnak, és mennyire csak a hazafiság, a tanult nemzeti öntudat adott kapaszkodót számukra. Amennyire ebben meg tudtak kapaszkodni, annyiban voltak képesek magukkal azonosak maradni, sokak azonban így is elbizonytalanodtak. Ennek jele, hogy amikor a régi idők tanúi összekerülnek, nyilvánvalóvá lesz, hogy mennyi különféle nézőpont szerint értékelhetőek ezek a régi események, mennyire kaleidoszkópszerű az, ami az emlékezetben él, még ha a lényeges események tekintetében nincs is kétség az emlékezés helyességét illetően.

A film nyomán a néző óhatatlanul elgondolkodik az emberi emlékezetben is. Megdöbbentő a több mint hatvan éves emlékezet elevevége, érzelmentelítettsége. A memória – úgy tűnik – megőrzött abból a korból minden apró részletet, ami valakivel megtörtént. A pszichológiából tudjuk, hogy az ember

igazában nem képes felejteni, mindent elraktároz, amit átél, csak esetleg a későbbi felidézés lehetősége nehezedik meg vagy vész el minden olyan benyomás esetében, ami nem jelentős vagy gyakran ismétlődő, rutinszerű. Amit nagy érzelmek és indulatok kíséretében élünk meg, ami sorsunkat meghatározza, az mindvégig – érdekes módon még a szellemi hanyatlás idején is – emlékezetünkben marad. Az öregek vallomásai a filmben éppen azért is meggyőzőek és hitelesek, mert képesek felidézni az egykori félelem, gyász, elkeseredés emócióit, amelyek az eredeti élményeket kísérelték. Az elbeszélés módjából ismerheti fel a szakember, hogy a nyomasztó, megterhelő élmények igazában nem dolgozódtak fel a visszaemlékezőkben, nem tudták azokat az eltelt évtizedek alatt úgy megbeszélni, hogy az emlékekhez kapcsolódó negatív érzelmek töltése csökkenjen. Pedig nyilvánvalóan sokszor beszéltek ők a fronton eltöltött hónapokról-évekről családjuk, barátaik, egykori bajtársaik körében. Valószínűleg e beszélgetések csak jó pár évvel az események után kezdődtek, hiszen ilyenfajta élményeket először mindenki el akar felejteni, ha már szerencsésen túlélt rajtuk, nincs kedve megint felidézni őket. A későbbi megbeszélésekben azután az alkalomszerűség az uralkodó, ilyenkor csak annyi idéződik fel, amennyit a társas helyzet igényel és elvisel. A harcostársak találkozói pedig inkább csak anekdoták hangzanak el, sok apró emlékeztető utalás mellett, melyek a közös élményeket mintegy aktiválják. Ilyenkor az emlékeanyag csak az elektromosság hasonlatával élve – feszültség alá kerül újra, de pszichikus feldolgozása nem következik be. A feldolgozás folyamata úgy történhet igazán, ahogyan a filmben látjuk a régi élmények megközelítését: ha az emlékezés kereső-értékelő visszatekintéssé válik, ha a személyiség jelenlegi énje önmagát kritikusan kutatja, és mindez bizonyos nyilvánosság előtt is történik. Az ilyen lelki munkát elősegíti a régi tájak, színterek, tárgyi emlékek meglátogatása. Szinte feltétel, hogy a visszatekintés csoportban folyjon, lehetőleg olyan emberek jelenlétében, akik egykoron ugyancsak sorstársak voltak, de kell, hogy olyanok is részt vegyenek a visszaemlékező megbeszélésekben, akik más korosztályhoz tartoznak, akik a jelenkort képviselik.

Az olasz hadszíntér hazatértjeinek azonban, úgy látszik, csak ez a film, ill. a filmben ábrázolt késői utazás szolgáltatta a traumatikus élmények feldolgozásához szükséges sajátos nyilvánosságot és alkalmat. Sokak számára a megszólalás és az utazás már láthatóan késői volt, az öregség már megmerevítette a lelket, az emlékezés már nem tud szabadulni a sztereotípiáktól, az utazás maga is inkább kényelmetlenség, fáradtság, mintsem valami kiemelkedő alkalom a múlt felidezésére. A visszaemlékezők közül néhányan még talán ezt

az alkalmat is hasznosíthatták arra, hogy önmagukkal, múltjukkal kibéküljenek.

De azért egészében is késő már ez a pillanat, amikor öntudatosan, felemelt fejjel, érdeklődő és értékelő hallgatók előtt lehet beszélniük e távoli korszak tanúinak, és amikor még az egykori ellenség is emberközelbe kerül. Fájdalmas az a kontraszt is, hogy a régi ellenség világa hősnek tartja, aki az Isonzo körüli hegyekben harcolt, a mi történelmünkben pedig az ott szenvedő emberek számára értelmetlen epizód ez a harc; a töméntelen elesett után a holló se károg, hacsak a régi ellenfél nem őrzi és ápolja még a megjelölt tömegsírokat.

A film tehát szomorú hangulatot áraszt, de óhatatlanul fontos gondolatokat is elindít. Reméljük, sokan lesznek nézői közül, akik vállalják a keletkező asszociációk végiggondolását.

15. Néhány pszichológiai gondolat az örömről

Az öröm jelensége régóta foglalkoztatja a pszichológusokat. Már a múlt század során megfogalmazódott, hogy az örömkeresés az emberi viselkedés egyik vezérelve. Ezt általánosította azután a századforduló táján Freud az ún. örömelvben, amely azt mondta ki, hogy minden viselkedésbeli megnyilvánulás fő célja valamilyen öröm elérése, vagy az öröm ellentétének, a kínnak, kellemetlenségnek elkerülése. Freud eme általánosításából valóságos pszichológiai antropológia keletkezett a pszichoanalitikus eszmerendszeren belül. Ezt csak a harmincas években tette Freud explicitté, nyíltan kifejtetté, amikor megírta a *Das Unbehagen in der Kultur* című könyvét (a nemrég megjelent magyar fordításban ennek címe: *Rossz közérzet a kultúrában*). Ebben azt fogalmazta meg, hogy az emberi örömforrásokat annyi veszély fenyegeti, hogy a biztonság érdekében az ember kénytelen lemondani egy sor közvetlen örömről, kénytelen elvállalni kényelmetlen dolgokat, mint amilyen pl. a társadalmi együttélésből következő alkalmazkodás.

Freud és a pszichoanalízis az örömök forrását a veleszületett késztetések, az ösztönök kielégülésében látta. Örömet és kielégülést jelent a pszichoanalitikus szemlélet szerint a kínok, veszélyek sikeres elkerülése is. Lényegében hasonlóan vélekednek más pszichológiai irányzatok is. A behaviorizmus pl. a jutalom és a büntetés princípiumaiban ugyanezt fejezi ki. A jutalom örömmértékű (bár az öröm fogalmát, mint antropomorfizáló kifejezést a behavioristák kerülnek), a büntetés pedig még távolabb visz az áhított fő céltól, az örömtől. A behaviorizmus nem az ösztön freudi fogalmát használja, de itt is a veleszületett késztetések, feltétlen reflexek kielégítésével, vagy az ezekhez feltételes ingerek révén társított új késztetések kielégítésével lehet jutalmazni. A különféle kísérleti állatok megfigyelése sok kutatóban kelti azt a benyomást, hogy az állat örül, hiszen mohón, nyugtalanul törekedett valamire, azt elérte, megnyugodott, felderült. Már Darwin is rámutatott arra, hogy az állat és az ember érzelmi szignálrendszere hasonló, a kommunikáció modern vizsgálói még inkább megerősítették ezt, így tehát ez a benyomás nem mondható alaptalannak, az állat megnyilvánulásai hasonlóak olyan emberéhez, aki örül (és aki erről be is tud számolni).

Az örömmel való manipuláció, a jutalom és a büntetés felhasználása minden alkalmazott pszichológiai ágazatban megtalálható, mondhatni, minden emberi intézményben központi jelentőségű, ennek segítségével történik a nevelés, a munkára ösztönzés, a társadalmi rend fenntartása. Így azután azt várhatnánk, hogy az öröm alapvető pszichológiai témakör, jól kidolgozott tudományos kérdés. Nem így van, a pszichológiai (és a társadalomtudományi) szakirodalomban kevés szó esik róla. Újabban inkább az agyi biokémiai kutatások kapcsán kerül elő. Kiderült ugyanis, hogy az agy morfinumhoz hasonló anyagokat (morphine-like substances, endogen opiates) választ ki, ezek a jutalmazás közvetítői, mert ezek keltik az örömezzést az agyban. Éppen azért lehet könnyen hozzászokni a morfinszármazékokhoz, mert ezek kívülről viszik be az örömet adó anyagot, és mintegy szétzilálják a lélektani folyamatokkal összefüggő belső jutalmazási rendszert.

Az örömről valószínűleg azért esik kevés szó a tudományban, mert nagyon összetett jelenség, nehéz vizsgálni, értelmezni. De valószínűleg azért sem foglalkoznak vele, mert az öröm az európai (ill. euro-amerikai) kulturális hagyományban „gyanús” dolog, nem jó a reputációja. Legtöbbször a hedonizmussal szokták asszociálni. Szinte minden olyan tevékenységben, amit a társadalom nem tart kívánatosnak, nagyon is előtérben van valamilyen öröm szerzésének vágya. A társadalom ezt az örömet vagy nem tartja elfogadhatónak (pl. az agresszív, károsító viselkedéssel járó feszültséglevezetés öröme), vagy pedig sajátos feltételekhez köti (pl. a szexuális kielégüléssel járó örömet, az anyagi javak birtoklásának és felhasználásának örömei stb.). Az örömhöz való tudományos viszonyban erősen szerepet játszik a keresztény vallásból származó askétikus, örömtagadó hagyomány is, amely inkább a kötelességek teljesítését tűzte ki célul, és az örömekről való lemondást részesítette előnyben. A mai erkölcsi felfogások is hasonlóan gondolkodnak, és még ma is azt próbáljuk oktatni az ifjúságnak, amit Carducci szép sorai kifejeznek: *Anteporre sempre nella vita... il dovere al piacere...* – vagyis a kötelességet mindig az öröm elé kell helyezni.

Ez pedig nagyon nehéz az embereknek, és a gyakorlatban zűrzavar van az öröm és a kötelesség körül. Valahogy hiányos, tökéletlen az öröm filozófiája ma a világban. A társadalomban sok a nemkívánatos emberi megnyilvánulás, ezt a köztudat szívesen tulajdonítja a féktelen örömszerzésnek, az elterjedő hedonizmusnak. A köztudat azt viszont alig veszi észre, hogy az emberek többsége nem ebben, hanem éppen az örömtelenségben szenved. Némegyszer az örömtelenség évei-évtizedei csapódnak ki valamilyen rövidzárlatos örömszerzési kísérletben. Az emberek többsége a lemondásra nevelődött, a kínke-

rülés félelmei tartják fogságban. Ebből nagyon sok neurotikus tünet ered, ebből fakad az alkohol és a sokféle „külső örömforrás” kultusza, ennek torzképe a pszichoszomatikus betegség. A terjedő szívinfarktus mondható pl. az örömtelenség legsúlyosabb szövődményének. Az ilyen betegségben szenvedők egész életükben hajtják magukat, szinte kényszerszerűen mondanak le mindenről a kötelességek kedvéért. Mostanában kezdenek felfigyelni erre, most született meg a „workaholic” kifejezés az angolszász pszichológiai irodalomban annak kifejezésére, hogy nagyon sok ember olyan kényszerszerűen dolgozik, mint ahogyan a megrögzött alkoholista iszik. Ezek az emberek szinte egy pillanatra sem engedik meg maguknak a kikapcsolódást, a pihenést, az örömet. Nagyon értékes emberek, kiváló vezetők, dicséret munkások, drága édesanyák – csak éppen nem élnek, ill. nem a saját életüket élik.

Nincs tehát valami rendben az öröm körül, és a pszichológushoz hiába fordul az örömtelen világ, vagy a rövidzárlatosan örülni próbáló emberiség, nem tud világos irányelveket kapni tőle. Külön kellene vizsgálni az öröm jelenségét, szerepét, formáit, szintjeit. Talán nem is külön kutatásokra lenne szükség, inkább szemléleti integrációra, mert nagyon sok ismeret, adat van – mint ez akár a freudi örömelvből, akár a behaviorizmus jutalomkonceptiójából is kitűnik –, csak nem tudjuk ezeket még megfelelő összefüggésbe állítani. Gyakorlati szempontból talán a legfigyelemreméltóbb a humanista lélektan felfogása. Különösen W. Schutz ír érdekesen a kérdéstről, ő egész könyvet írt az örömről. Szerinte az ember természetes létformája az öröm és az örömszerzés másoknak. A gyermekkor a felhőtlen öröm korszaka, ha a gyermeket a család szeretettel és örömmel fogadja. Az öröm légkörében a szociális viselkedés megtanulása nem kényszer, nem jár ösztönlemondással. Ha az öröm hiányzik az emberi kapcsolatokból, a mindennapi munkából, a családi életből, az időszakosan egyedül lévő ember közérzetéből, ez annak a jele, hogy valami nincs rendben vele. Azt, hogy kényszerhelyzetben van, hogy személyiségének igényeit részben elnyomta, hogy identitásának fejlődése megrekedt. Az öröm hiányára fel kell figyelni tehát, tudatosítani kell a léthelyzetet, meg kell próbálni változtatni a problémákon. A változtatás rendszerint változást jelent. A külső probléma mindig belsőben gyökerezik. Merev előfeltevések, megkérdőjelezetlenül képviselt szabályok, vélt érdekek és értékek kényszerpályáin termelődnek a feszültségek, konfliktusok. Gyakran ezek az öntudatlan és megkövesedett képzetek és beállítódások meggátolják a valódi találkozást a másik emberrel, nem engedik, hogy kibontakozzon a beleélő megértés, az empátia, és nem engedik, hogy a viselkedés spontán és őszinte legyen, pedig igazi, mély

érzelmi benyomást csak a spontaneitás és a hitelesség révén gyakorolhatunk a másik emberre.

Ilyen és ehhez hasonló szempontok az embereket segítő gyakorlatban – pl. a pszichoterápiás munkában – eligazítanak, hasznosak, persze sok másfajta ismerettel és tapasztalattal együtt. Mutatják, hogy az öröm valamiféle pszichológiai iránytű, belső jelzőrendszer. Az öröm e praktikus szempontok keretében persze más, mint a közvetlen kielégülés vagy a siker öröme. A kielégülés vagy az elérni szándékozott célok megvalósításának sikerélménye rendszerint nem hosszú életű. Ha a személyiség nincs megfelelő egyensúlyban, akkor csakhamar előbukkan újra a feszültség, vagy szorongás, vagy depresszív kedvetlenség, vagy ürességérzés formájában. Sokak sikereik tetőpontján szembesülnek, hogy törekvéseik nem hoztak lelki békét, tartós örömet. A valódi és tartós öröm talán nem olyan intenzív, mint valamilyen kielégülés öröme, de egyenletes, kisugárzó, kedvet és erőt adó. Az ilyen örömnek feltétele a fontosabb emberi kapcsolatok harmóniája, ezen belül az örömadás képessége. Nem lehet ilyen nyugodt, derűs öröm, ha a másik emberrel a kapcsolat nem a kölcsönösség és a szeretet jegyében szerveződik és fejlődik. Freud könyvének címét parafrázálva és ellentétébe átfordítva, a pszichológiai érték, egészséget jelképező és kifejező öröm valamiféle „jó közérzet a kultúrában”, a világban.

Ennek rendszerint az a feltétele, hogy az ember tudja a helyét a világban. Az, hogy identitása megfelelően fejlett legyen, hogy vállalni tudja önmagát, korábbi kudarcainak, tévelygéseinek, szenvedéseinek tanulságát le tudja vonni. Gyakran a változó körülmények a már kialakultnak látszó identitást komoly próbatételek elé állítják, nemegyszer változásra is kényszerítik.

Innen már nagyon bonyolult összefüggések felé vezet az út, a pszichológus vagy az embereket segíteni hivatott pszichoterapeuta itt egyre bizonytalanabban érezheti magát. E problémákról – persze, nem szakfogalmakban vagy filozófiai kategóriákban gyakran többet tud a művészet, különösen az irodalom, a történettudomány, esetleg a vallás is. A legkülönbözőbb szimbólumrendszerekben, eszmei dimenziókban is valószínűleg helyes azonban az öröm kérdését – az öröm hiányának különféle változataival együtt – önállóan reflektorfénybe állítani és a gondolkodás hermeneutikus kulcsának tekinteni.

16. Túl édes élet

Az édességek fogyasztása egyike napjaink szenvedélyeinek. A cukrászdák virágkorát éljük. Egyes társadalmakban ez különösen szembetűnő. Olaszországban például meg is lepi a látogatót, milyen sok a cukrászda, milyen nagy a kínálat. A Közel-Kelet „török csemegéi” szintén elgondolkodtathatják az ott járó idegent. Nálunk is jól ismert a cukrászdákba betérő, az élet második felét koptató hölgyek (kisebb részben urak) túlsúlyos tábora.

A nagy fogyasztók természetesen a gyerekek. Gyerekes családhoz aligha állíthat be a vendég cukorka, csokoládé nélkül. A szülők többnyire valamiféle vesztegetési eszköznek használják az édességet. Ha a gyerek „viselkedik”, akkor édességet kap jutalomként. Ez a fájdalomdíj az orvosi vizsgálat vagy az oltás után. Ezzel csendesítik le a síró gyereket. Az ünnepekre természetesen édességet hoz a kisgyerekeknek a „Mikulás” vagy a „Jézuska”. Olyannyira, hogy nevelni is kell a gyerekeket, „ne fogadjanak el édességet idegentől”, kerüljék a „cukros bácsit”.

Persze, ma már sok „felvilágosult” szülő ellene van a korábbi nemzedékek korlátlan édességkultuszának, tudja, hogy a sok szénhidrát már a gyerekeknek is árt, ezért kerüli az édességek adását. Ám napjainkban az édesség kultúrájában élünk, és óhatatlanul is ennek rabjai vagyunk. Ha a gyerek nem kap cukorkát, csokoládét, tortát, mert a szülő „felvilágosult”, azért fagyaltot eszik, szomját kólával vagy szörppel oltja, vagy legalábbis rágógumit vesz a szájába, mert arról a reklám nem győzi mondani, hogy milyen egészséges, kalóriaszegény és óvja a fogakat.

Fogak, kalória.

Ez az édességek nagy gondja ma, nélkülük gátlástalanul élveznénk a sok finomságot. Ám emiatt oda kell figyelnünk a szaharinra, a Nutrasweetre és a többi mesterséges édesítőszerre, mert az édes íz elengedhetetlen az „édes” élethez.

A fogakat valóban rontja a cukor, az édesség. Ez ma már egyértelműen bizonyított tény. A modern ember ezért rögtön fogat mos ha édességet eszik, és ahol lehet, helyettesíteni próbálja a cukrokat. Cukortermékek főleg a múlt században érték el korlátlanul a lakosságot. Korábban is ismerték a mézet, az édesgyökeret és az édes gyümölcsök sokféle változatát, de ezek nem voltak

mindennapi eledel, csak a gazdagoknak jutottak osztályrészül, mindenért nagyon meg kellett dolgozni, legyen szó akár mézről, fügéről vagy narancsról. Alkalmanként ünnepeken, különleges helyzetekben a kedves ízhez sokan hozzájuthattak, de csak a kiváltságosak élvezhették folyamatosan. Nem véletlen, hogy a királyok, a főnemesek tapasztalták meg legelőször a fogszuvasodást és szorultak rá a fogorvosra. A XV. és XVI. század francia udvaraiban oly gyakori volt a lyukas fog hogy egyes fogorvosok nagyszabású megelőző programokba kezdtek, sorra kihúzták az ép fogakat is így kívánván elkerülni a fogfájás szenvedéseit. Egyes orvostörténészek szerint a Napkirály fogai is áldozatul estek ennek a gyakorlatnak, és ezért az udvari diéta csupa folyékony, pépes ételből állt. A korszakban egyébként is a foghúzás volt az univerzális gyógy mód a borbélyok, vándor foghúzóok a piactereken hajtották végre ezeket a beavatkozásokat, bár a szegényes táplálkozás az édességek hiánya miatt sokáig ritkán volt szükség munkájukra. Amikor előbb a cukornádból, majd a cukorrépából (mint tudjuk, a francia forradalom idején) elő tudták állítani a kristályos cukrot, az édességek járványa, szenvedélye rászabadult az emberiségre.

Nem csak a fogak bánták ezt, hanem a testalkat, a külső is. A sok édességtől hamar meghíztak az emberek. Persze, az újkortól kezdődő századokban már nem volt olyan ritka a kövér ember, mint régen. A görög-római világ meglepően hiteles portréi között kevés kövéret találunk. Ha van is, az vagy császár (pl. Nero), vagy mitológiai alak, vagy valamiféle szörnyszülött, mint Petronius Trimalchio lakomája című művének (ha máshonnan nem, Fellini filmjéből ismerhetjük) egyes alakjai. Az újkorban a gazdag ember már kigömbölyödött, egyes országokban a jómódú hölgyek „rubensi” idomokkal rendelkeznek, és a kor képzőművészetében kövér Zsuzsánnát lesnek meg fürdés közben a vének, és jó húsban lévő Lédát iparkodik megtermékenyíteni a hattyú, és a bika is nyögve szállítja tovább Európát (mint tudjuk, a furfangos Jupiter változott bikává, hogy kiszemelt hölgységét így kisebb feltűnéssel rabolhassa el). Nem tudni, ebben a kövérségben mennyi volt az édességek szerepe, talán a tészták lehettek a lényegesek, amelyeket a középkor végén nagyot fejlődő mezőgazdaság már bőséges alapanyaggal biztosított, a lekvárok, vagy a bor, amit bőven fogyasztottak (és pedig az ókor mértékletessége nélkül, mert akkor a bort keverni kellett vízzel, a „krázis”, a keverés mesterség és művészet volt, a tiszta bort, a „merum”-ot a latin világban is csak ünnepekkor és kis mennyiségben itták. Néhány évszázadig a kövérség az egészség és a gazdagság jelképe volt, és ez érthető, ha meggondoljuk, hogy akkoriban az emberek többsége

a napi betevő élelemért küzdött, az alultápláltság miatt arattak a járványok, betegségek.

Ma viszont tudjuk, a túlsúly árt, a kövér ember nem egészséges, hanem „kockázathordozó”, cukorbeteg, magasvérnyomás, szívbetegség, gutaütés várományosa. Ma soványnak illik lenni. Ha hölgy valaki, akkor Twiggyhez hasonlónak (persze, kebelből lehet több is...), ha úr, akkor lehetnek izmai, de dereka legyen keskeny, arcéle akár az afgán agaré, súlya sehogy ne haladja meg az éppen divatos képlet (pl. százat, levonva a testmagasságból, mínusz 10-15 kiló...) előírásait. Fejlett országokban ma már állásra is kicsi az esélye a kerek képű, nagy hasú, faros, zsíros hátú, túlsúlyos „ürgéknek”. Nem véletlen, hogy óriási iparág a fogyaszttás, nincs annyi csillag az égen, ahány súlycsökkentő diéta és csodaszer van forgalomban. A nagy „ász” a koplalás és a mozgás. Így azután a lakosság negyede düllelt szemmel kocog, nem eszik, kevés folyadékot fogyaszt (hacsak nem „liquid diet” formájában...), „nem esz, nem isz, csak lélegez”, mint egykor a Ligetben „Madárfejű Lajcsika” bódéjára írták, ám hiába, mert napok-hetek keserves munkája után egy-egy ebéd vagy vacsora, amit az egészségesen élő, gondolja, igazán megengedhet magának, romba dönt mindent. Kultúrkritikusok még azt is mondják, hogy a „fogyasztóipar” becsapja a közönséget. A „kalóriaszegény” szörpben ugyanúgy sokkal magasabb a cukortartalom, mint a cigarettákban a nikotin és a kátrányanyag megadott mennyisége, az előírt tornák és sportok kevesebb zsírt visznek el, mint ígérik stb. Minden fogyaszttási kínládás fő ellensége az édesség, ez a Belzebub, ezt próbálják elúzni, de hát ez a lényeg.

Ettől édes az élet. Már az ókorban is így gondolták. Időszámításunk előtti V. századból már maradt ránk szöveg, amely édes életről beszél. Anakreon híres verse az öregségről már azon kesereg: Glükero men uketi pollos biotu dé kronos leleiptaj... (az édes életről nekem már nem sok időm maradt hátra...). Az élet értékei azóta is az édes szinonimái. Édes fiam, édes lányom, édesem, édes szerelmem, jaj, de édes, cukor – hasonló kifejezések áthatják a nyelvünket.

Ha meggondoljuk, az édes valamilyen anyag, amit kis mennyiségben kell bekebelezni, és nagy gyönyörűséget okoz. „Megédesíti” a dolgokat. Az ízlelőbimbóinkra hat. Aktivál egy velünk született belső minősítést. Az édes megízlelése további fogyasztásra sarkall. Az édesnek nehéz mértékét találni. Az édeshez szinte szenvedélyszerűen kötődünk. A gyerek sír, jelenetet rendez, ha nem kapja meg. A felnőtt „zuevő”, nagy élvezettel, kielégüléssel habzsolja be a megtalált vagy megvásárolt tortát, csokoládét. Valóságos szenvedélyek is vannak. A cukrot kevesen tartják hozzászokásra alkalmas anyag-

nak, de a csokoládét már sokan vádolják ilyesmivel. Sok szenvedélyes csokoládéevőt írtak le, aki mindenféle ártalom (pl. meglévő betegség rosszabbodása) tudatában is csokoládét eszik. A krém, a hab, a puha, kenőcsös édesség, a puding, a mignon sokakat tart rabságban.

A modell, kis mennyiségű, nagy hatású anyag „orális” bekebelezése talán a kábítószeres modern világának előhírnöke, mintája. Legalábbis az egyik. A másik nyilván a bor és az alkoholtartalmú italok sora, ám ezeket régen is mindig édesen fogyasztották. A „száraz” bor, Martini stb. a múlt század találmánya. A szeszes ital folyékony édesség, de ugyanúgy az oralitásra, az ízlelésre, bekebelezésre apellál, mint a cukorka vagy a sütemény. Teljesen természetes, hogy kötődünk a modern kémia olyan termékeihez, amelyek szájon át éppúgy bevehetők, mint a cukorka, csak éppen esetleg sokkal erősebb hatást váltanak ki (pl. a jellegzetes kábítószeres). Előszeretettel vesszük be a tablettát, a cseppet, a kapszulát, a csodagyógyszer is mindig szájon át hat (pl. rákellenes szert még véletlenül sem találtak fel kenőcsben vagy injekcióban, a biztos gyógyszer, amelyet természetesen a vaskalapos orvostudomány idegesen ellenez, szájon át kell bevinni szervezetünkbe). Szájon át kerülnek testünkbe a mágikus füstök, a dohány füstje, az inhalálás, a szippantva fogyasztott, a szájüregbe csak lassan lejutó szerek sora.

Így lett azután a tablettá, a pirula, a pasztilla a testi érték szimbóluma, így alakult ki, hogy a „számára” vagyunk (utalva a „Szép, új világra”), innen van a vallásos kultuszok rituális oralitása és kultúránk sok más, szinte már észrevétlen vonása. „Édes” életet akarunk, és a valós, élménygazdag, reális kielégülést hozó élet pótlása, helyettesítése, esetenként jelképe az édesség. A „keserű poharat” ma sziruppal édesítik, a keserű tablettát cukormázzal vonják be, édes italok hozzák a bódulatot és az ízlelőbimbó, továbbá az agyi „örömmolekulák”, az „endorfinok” síkján találkozunk biológiai lényünk a szociális valósággal, és ezen a síkon próbálunk küzdeni örömeinkért, kielégülésünkért, a nehézségek és keserőségek ellensúlyozásáért.

Ha ez sikerül, „édes” az élet.

Ezért azután az édességekről nem tudunk lemondani, akármilyen reformkonyha, karcúsági divat, egészségi életfilozófia válik uralkodóvá. Legfeljebb ideig-óráig, de vágyainkban az édesség mindig megjelenik, ha jelképesen is, a kirakat üvegéhez nyomjuk az orrunkat, mint a gyermek József Attila, akinek vágya volt, mint verséből tudjuk, „öt forintért Kuglert venni”. Az édesség mindig nagy kísértés, hogy ellensúlyozzuk vele azt, amit nem kapunk meg emberi kapcsolatainkban, életpályánkon, önmegvalósulási törekvéseinkben. Ilyen módon az édesség, a cukor a prototípusa minden orális szenvedélynek,

hiszen minden más bevett, megivott, beszívott kémiai anyag esetében is a valós élet elől menekülünk és a vágyott élet jelképes, tömény adagját vesszük magunkba.

Minderre ma iparág, kereskedelem, szokásrend, folklór épült, ma ez a világban intézményesedett, ma a reklám szirénhangjai szólnak minden zugból, a modern embert az „édes” felé csalogatva.

Nehéz ennek ellenállni!

17. Biztosítás és pszichológia (Konceptióvázlat az Európa Biztosító részére)

A biztonság pszichológiai jelentősége

- a jövőorientáltság problémája
- jövőorientált szervezés az emberi magatartásban
- az anyagi biztonság kérdése
- a családért, ill. szeretettekért való felelősségérzet
- a biztonságra törekvés mint énfunkció: és mint identitástényező

A biztonsági beállítódás kórtana

- a biztonsági szemlélet hiánya gyermekkorban
- biztonsági beállítódási zavarok a pszichopatológiában (a biztonság elhanyagolása, mint a súlyos pszichés zavarok tünete) regresszív és fatalisztikus biztonságnegligencia
- túlbiztosítási igények, kényszeresség, pszichaszténia, perfekcionizmus a biztonságkeresés tényezője a mindennapi neurózisokban

Szorongás és biztonság (a szorongás, mint a biztonságtudat veszélyeztetettségének jelzése)

- reális és irreális veszélymozzanatok a szorongás háttérében
- a szorongás motiváló ereje és következményei
- a szorongás belső lelki feldolgozásának egészséges és hibás (kóros) útjai a konstruktív szorongás keltésének módjai
- a szorongás értelmezése és felhasználása a biztosítás szempontjából

A helyes biztonsági viselkedés fejlesztése

- a reális biztonsági viselkedés mentálhigiénés jelentősége
- az élethelyzet biztonsági kockázatainak felmérése
- a biztonsági kockázatok csökkentésének útjai
- a biztonsági egzisztenciaszervezés jelentősége a lelki fejlődésben (az identitás érésében)
- a biztosítás jelentősége, ill. felhasználása a lelki problémák megoldásában

Biztosítási tanácsadás mint pszichológiai folyamat

- a biztosítási szükségletek (felszíni és mély szükségletek) felmérése a feltételek világos kifejtése mint modell a helyes, racionális jövőszervezés számára
- ambivalenciák és szorongások megértése és elfogadása
- explikációs és rábeszélő sémák (egyszerű, korrekt stratégiák a helyzet pontos tisztázására és a biztosítással kapcsolatos előnyök beláttatására) szorongásoldás és más lélektani előnyök nyújtása a konzultáció keretében

Az empátia szerepe a biztosítási tanácsadásban

- a biztosítási tanácsadó optimális személyiségvonásai
- a másakra való ráhangolódás lélektani feltételei és folyamatai a feltétel nélküli elfogadás és más, szituatív tényezők
- a hitelesség kérdése
- nem-verbális kommunikáció és metakommunikáció a tanácsadásban

Az empátia szerepe a biztosítási reklámban és PR munkában

- a szorongáskeltés problémája a reklámban
- az empátiásan megértett motivációs tartalmak optimális visszatükrözési technikái a reklámban (különös tekintettel a humorra és a játékosságra, kreativitásra)
- a szükséges szimbólumok empátiás keresése
- empátia a reklámmal és a PR-rel kapcsolatos visszajelzések értelmezésében és felhasználásában
- empátia a PR viszonylatokban

Empátia a távlati vállalati stratégiában, a biztosítási ágazatban (az image vetületében)

- az image problémája, az image összetevői és változási dinamikája
- az image távlati építésének szempontjai
- tipikus hibák az image-szervezésben
- az empátia mint az image-építkezés és image-korrekció forrása, ill. visszajelzési rezonátora
- image a reklámban és a PR-ben

Csoport- és réteglélektani szempontok a biztosítási munkában

- a célcsoportok kijelölésének fontossága és ezek valamiféle korszerű leképezése a biztosítói szervezeti irányítás számára a célcsoportok és rétegek szorongásforrásai
- a célcsoportok ösztönzői és jövőorientációs sémái

- a célcsoportok pszichológiai szükségleteinek meghatározása a reklám és a PR szempontjából
- a célcsoportokról és rétegekről alkotott és ellenőrzött elfogadott kép felhasználása a biztosítási tanácsadásban és a távlati stratégiákban

Speciális pszichológiai és pszichoszociális tényezők a biztosítási munkában

- természeti csapások és politikai krízisek hatásai
- társadalomlélektani nehezítő tényezők (pl. általánosított ellenállás a tömegkommunikációs eszközökkel szemben, speciális politikai bizalmatlanságok) vallás és biztosítás
- babonás mentalitás (pl. szerencsejátékok, alternatív gyógyítási divatok, okkultizmus stb.) és biztosítás
- a biztosítás lejáratásának lehetőségei (inkorrekt biztosítói vetélkedés, biztosítási formák látványos kudarca; ennek veszélye pl. a betegbiztosítás várható hibái nyomán stb.)

II.
SZEMLÉLETI ALAPOK
B) KULTÚRA

18. Pszichopatológia, kultúra és a szakrális dimenzió

Olaszország egyetlen transzkulturális pszichiátriával foglalkozó intézete a Rómától északra kb. 80 kilométerre, a Perugia közelében fekvő Terniben működik (Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale), ennek vezetőjével, dr. Geoffredo Bartocci professzossal és az intézet munkáját támogató Society for the Study of Psychiatry and Culture elnevezésű amerikai szakmai csoporttal régóta vannak munkakapcsolataim, így kaptam meghívást jelenlegi kongresszusukra. Inkább konferenciáról célszerű beszélni, mert 100-120 résztvevő gyűlt össze a Terni melletti különös városka, Narni színháztermében, köztük csak kb. egy tucatnyi külföldi, a többi olasz, főleg a római egyetem vonzasköréből. Narni hegytetőn fekvő kis erődítményváros, hasonló Assisihez vagy San Marinóhoz, teli római kori és középkori épületekkel és emlékekkel, maga a kis színháza is a korai 18. századból való, a színpad római falmaradványok közé épült, a nézőtér parányi, de oldalt négy emelet magasságban sorakoznak a vörös bársonnyal tapétázott kicsi páholyok, így már a színhely is különleges volt. A téma még sajátosabb a szakrális dimenzió, a kultúra vetületében, a normális és a patológiás élményvilágban és magatartásban.

A transzkulturális kérdéseknek ma Olaszországban a rengeteg menekült és emigráns ad aktualitást, amely túlmutat azon, hogy Bartocci és mások már kb. egy évtizede részt vesznek nemzetközi kutatócsoportokban, amelyek a ma még fellelhető természeti népek körében tanulmányozzák a pszichiátriai kórképeket és azok tradicionális gyógymódjait. A sokféle idegen kultúra tagja, köztük nagyon sok afrikai és ázsiai mindennapos diagnosztikai és terápiás problémát jelent ma az olasz gyakorló pszichiátereknek. Nagyon sok babona, rítus, családi és törzsi konfliktus okoz köztük néha ijesztő tüneteket, delíriumot, depressziót, öngyilkossági készletést vagy éppen nehezen megfékezhető agresszív magatartást. Mindez gyógyszerekre nem reagál jól, míg a kulturális összefüggések feltárása a betegeket általában kezelhetővé teszi. A legtöbb immigráns és menekült különféle szörnyűségek, üldöztetés és veszteségélmény után kerül új lakóhelyére, így a poszttraumás stresszbetegség sajátos formái szövődnek a kultúrák, lokális közösségek jellegzetes reakciómódjával. Ezeket tanulmányozza és archiválja az intézet Terniben, és ilyen problé-

mákkal foglalkoznak az amerikaiak is, akik főleg délkelet-ázsiai menekültek ellátása során váltak érdekeltté a kulturális pszichopatológia kérdéseiben.

A narnii kongresszus azért emelte ki a szakrális vetületet témának e szerteágazó problémakörből, mert a tradicionális kultúrákban a pszichopatológia általában összefügg a transzcendentálissal, a numinosummal, az animisztikus világgal, rendszerint abban a formában, hogy a természetes viszonyt bűn, rontás vagy rosszakarat megzavarta és ennek nyomán bomlik meg – a primitív tudat szerint – a mentális egyensúly. A hagyományos gyógyítás mindig a természetes viszony helyreállítását is jelenti és mindig szakrális formákban zajlik az egyszerűbb kultúrákban. A harmadik világ népi gyógyítói is szakrális formákban közelítenek a betegekhez. Ugyanakkor az ókori és középkori Európa kulturális hagyományai is tartalmazzák ezeket az elemeket. A kongresszuson mindezekről bőven esett szó.

Az amerikai társaság elnöke, Robert Wintrob (Brown University) vietnami és maláj menekültek lelki betegségeiről és azok rituális gyógy módjairól beszélt, Joseph Westermeyer (Tennessee University) vietnamiak és laosziak vallásos élményeinek patológiás és terápiás vonatkozásairól, a jelenleg Amerikában dolgozó S. Okpaku nigériai pszichiáter a ma is élő öngyógyító közösségi rítusokról szólt a nyugat-afrikai ország különböző törzseivel kapcsolatosan. A portugál M. Simoes a szupernaturális élmények szerepét vizsgálta a pszichózisban, a bulgár M. Atchlova pedig a hetvenes-nyolcvanas években Bulgáriát elöntő babonahullámban a szakrális élményszükséglet jelentkezését mutatta ki. A külföldiek között még meg kell említeni A. Hornblow és M. Kidson ausztrál, ill. újzélandi antropológusokat, akik az egészség transzcendentális hátterével kapcsolatos csendes-óceáni hiedelmekről és a rontási rítusokról beszéltek. Magam a vallás, a rítusok és a babona összefüggéseit elemeztem egyes közép-európai kulturális csoportokban és menekültcsoportokban, elsősorban az identitásfejlődés és az akkulturáció szempontjából.

Az igazi érdekességet számomra az olasz előadások jelentették. Ezek igen nagyfokú műveltségről és filozófiai tájékozottságról tettek tanúságot, a kultúrtörténet, a mitológia, a filozófia és a néprajz vonatkozásában – kb. abban a stílusban, ahogyan Frazer nyomán Freud, Róheim, Devereux és mások tették – elemezték a különböző kulturális jelenségek lélektani hátterét, ill. pszichológiai tünetek, élmények kulturális összetevőit. A római B. Callieri, a jelenlévők közül az egyik legismertebb és legliszteltebb idős szakember a képzelet és a szakrális élmény fenomenológiáját vizsgálta, G. G. Rovera a szentség élményének megközelítési módszertanát mutatta be, főleg a kultúrtörténet és a mitológia szempontjából. Több előadó a víziók, hallucinációk, téveseszmék

tartalmaiban és kialakulási körülményeiben kereste a szentségélményt. T. Esposito a bűn és a vér szimbolikáját mutatta be a középkori pszichotikus jelenségekben. Igen érdekes volt A. Giardina vallástörténeti tanulmánya az örült szentekről, akiknek a középkor egyes szakaszaiban fontos szerep jutott. C. Maggini a pánikélmény kultúrtörténetét vezette le a mai pánikszindrómáig. N. Lalli, a mai olasz pszichiátria és pszichoterápia egyik vezető személyisége, a római La Sapienza egyetem tanára a halál és a szentség viszonyának kultúrtörténetét tárta fel.

Nagyon nehéz lenne a sokféle színes, szellemes, idézetekkel bőven ellátott, kultúrtörténeti illusztrációkkal tarkított előadásokból lényegi felismeréseket kiemelni, inkább érdekes műhelymunkának volt tekinthető a kongresszus, mintsem valamilyen konszenzuskereső törekvésnek. Amit már korábban is tapasztaltam, az olasz humán tudományokban divat a műveltségi vetélkedés, ez itt különösen megnyilvánult. A résztvevők többsége pszichoanalitikus szemléletű volt, de kitűnt, hogy Jungnak is nagy, növekvő a befolyása a mai olasz értelmiségi tudatra, éppúgy, mint Heideggeré és Husserlé, akiket sokszor és sokféle összefüggésben idéztek. A kongresszus is nagyon érdekes, tarka ismeret és benyomástömeget adott, kellemes élményt nyújtott. A kis díszletvároskában a résztvevők szinte folyton együtt voltak, sok új ismeretségi szövődött, és ugyan a Teatro Communale színpadán segített a szinkrontolmácsolás és kétnyelvű volt a konferencia, de kilépve már szükséges volt az olasz nyelv, és ennek segítségével nagyon sokat megtudhattam a római pszichiátriai életről, tucatnyi szakkönyvet kaptam ajándékba (amelynek egy részét majd a hazai szaksajtóban ismertetni fogom) és sok érdekes személyiséget és egzisztenciát ismerhettem meg.

A konferencia azzal a konklúzióval zárult, hogy hasonlókat folyamatosan kell szervezni, és európai transzkulturális mentálhigiénés társaságot kell létrehozni. Az olasz intézet Terniben kész arra, hogy európai központtá váljon.

Nagyon hálás vagyok Bartocci professzornak, hogy meghívott, szinte rábeszélte a részvételre (e számomra a munkám miatt eléggé alkalmatlan időszakban), a kongresszus költségeiből kigazdálkodta repülőjegyem és valamennyi más költségem árát, mert így különleges élményhez jutottam. Szakmailag is, mert az érdekes tartalom kívül újra elmerülhettem kissé az olasz humán értelmiség szürreális, bonyolult világában, de személyesen is, hiszen Umbria szép természeti környezetében, várkastélyszerű szálloda toronyszobájában tölthettem szabad óráimat vagy járhattam Narni szűk utcáit, felmehettem a La Rocca falai közé.

19. Pszichoterápia és kultúra

A pszichoterápia fejlődése napjainkban mindinkább a szaktudományos megalapozottság és a műveltség irányába halad. Még alig egy évszázaddal ezelőtt csak a hipnózis és a szuggesztió volt ismert mint pszichoterápia, ennél korábbi időkben csak vallásos lelki támogatást vagy a rokonok, barátok vigaszt alkalmazták lelki bajok enyhítésére. Ma egyetértés uralkodik a szakemberek körében abban, hogy a pszichoterápia a mai értelemben a pszichoanalízis kialakulásával jelent meg, és a döntő mozzanat az volt, hogy a pszichoanalízis empirikusan nyert ismeretek alapján magyarázni tudta a pszichés betegségek keletkezését, személyiségelméletet hozott létre, és ennek alapján értelmezni tudta a gyógyító változást. A terápiás technikában pedig racionális módszert fejlesztett ki, amely meghatározott indikációk alapján biztonságosan és eredményesen alkalmazható volt. Az empiria és a racionalitás a pszichoterápia lényeges tényezője lett, és ezzel a pszichoterápia kibontakozása az általános tudományos fejlődés szabályai szerint haladt tovább. Bár – az *ars medici* analógiájára a pszichoterápiában máig is sok az ösztönösség, nagy az egyéni képességek és a kreativitás szerepe, minden pszichoterápiás iskola vagy módszer tudományos diszciplínának kezeli önmagát, vizsgálatok és kutatások folyamatában jön létre és növekszik, tudományos elméletekhez igyekszik igazodni, eredményességét bizonyítani próbálja. A mai pszichoterápiában mind realisabb ígéretté válik az elméleti integráció lehetősége (Buda 1981, Garfield, Bergin 1985 stb.).

E helyzet láttán úgy tűnik, hogy a pszichoterápiának és a kultúrának kevés köze lehet egymáshoz, legalábbis nem több, mint tudománynak és kultúrának általában. Csak behatóbb elemzés számára derül ki, hogy a kapcsolat a valóságban szorosabb, és hogy éppen e nem nyilvánvaló összefüggés megértése és kifejtése szükséges, mert ez nagyon jelentős mind a pszichoterápiás gyakorlat, mind pedig a pszichoterápiás kutatások számára.

Pszichoterápia és kultúra kapcsolatát valószínűleg az homályosítja el, hogy a köztudat – kiváltképpen a magyar köztudat – a kultúrát csak mint műveltséget és mint a műveltség ápolását, kultuszát veszi tekintetbe. A német Hochkultur kifejezés nyomán ezt a köztudatban tükröződő kultúrfelfogást magas-kultúraként szokták emlegetni. Ilyen értelemben a pszichoterápia valóban ke-

véssé függ össze a kultúrával, de még ilyen minőségben is sokféle viszonylatot idézhet fel a pszichoterápia szakirodalmának ismerője.

Leggyakrabban pszichoterápiás kultúráról szoktak beszélni, kissé zsargon módon. A fogalom azt fejezi ki, hogy országokban, lakosságrétegekben, korcsoportokban stb. különböző tájékozottság, műveltség figyelhető meg a pszichoterápiával kapcsolatban. Ahol sok az ismeret, ahol tudják, hogy milyen pszichoterápia mire, milyen problémára való, mit lehet várni tőle, hogyan kell vele együttműködni, ott általában a pszichoterápia iránti igény nagy, a pszichoterápiás irányzatok virágoznak, a pszichoterápia bevett gyógymód. Ismeretes, hogy az Egyesült Államokban bizonyos fajta pszichoterápiás kultúra már a negyvenes-ötvenes években kialakult, majd a hatvanas években már egészen rendkívüli fejlettséget ért el, ekkor kezdődtek egészen új irányzatok és technikák is elterjedni, a pszichoterápiás „piac” nagyon kiterjedté vált. Ez az ún. „pszichoboom” Nyugat-Európára kb. másfél évtizedes késéssel terjedt át, különösen a Német Szövetségi Köztársaságban és a skandináv országokban volt megfigyelhető. A pszichoterápiával mind Amerikában, mind az említett országokban sokat foglalkozik a tömegkommunikáció is, gazdag a népszerűsítő könyvkiadás, így a lakosság széles rétege tud a pszichoterápiás módszerek főbb koncepcióiról és elméleteiről. Ezzel szemben a kelet-európai országokban a pszichoterápiás kulturáltság mértéke alacsony. Itt nehezíti a fejlődést, hogy a pszichoterápia iránti kereslet csekély, a pszichés segítséggel szemben az emberek bizalmatlanok, inkább gyógyszereket részesítenek előnyben, és az ismeretek hiányában a terápiás kommunikáció és együttműködés nehézkes. Ez természetesen nem volt mindig így, pl. a magyar polgári középosztály kulturáltsága a pszichoanalízist illetően a két világháború között talán minden más országnál fejlettebb volt, és a városi értelmiség körében a pszichoterápiás kultúra ma is nagyobb és gyorsabban növekszik, mint vidéken. Vannak nagy kelet-európai országok, ahol a pszichoterápiás kultúra azonban igen alacsony szintű.

Az általános műveltség, és ezen belül a pszichoterápiával kapcsolatos kulturáltság jelentőséggel bír az indikációk, a pszichoterápiás alkalmasság szempontjából. Mégpedig mind pozitív, mind pedig negatív vetületben. Alacsony műveltségű beteg a legtöbb pszichoterápiás módszer szempontjából hátrányosabb helyzetű, mint a művelt ember. A műveltség magas foka ugyanakkor lehet akadály is, ismeretes a nagyon művelt emberek fokozott ellenálláskészsége a pszichoanalízisben és az analitikus csoportpszichoterápiában, gyakran nehéz szuggesztibilitása és hipnabilitása. A szakirodalom a legtöbbet azonban a műveltség hiánya miatti nehézségekkel foglalkozik. Már a hatvanas évek

kutatásaiban feltűnt, hogy a pszichoterápia elsősorban a felső társadalmi rétegek körében gyakran használt gyógy mód, és hogy ennek nem elsősorban anyagi okai vannak (számos országban a betegbiztosítási rendszer viszonylag olcsón hozzáférhetővé teszi a pszichoterápiát széles lakosságrétegek számára), hanem motiváltsággal, együttműködési készséggel függ ez össze. A vizsgálatok azt mutatták, hogy kommunikációs nehézség figyelhető meg a különböző rétegek kultúrákhoz tartozó terapeuták és a betegek között. A művelt, kulturált pszichiáterrel, pszichológussal a felső rétegekbe tartozó emberek könnyen szót értenek, míg az alacsonyabb rétegekhez tartozók viszont nem értik meg őket (Shostak, Gomberg 1964, Bernstein, Burris 1969, Buda 1988 stb.). A megértési zavar szemantikai jellegű, az alsóbb rétegek kultúrájában nehezebben megy az absztrakció, kevesebb elvont fogalmat használnak, a kód – Bernstein ismert teorémáját idézve – kötött, vagyis nagyon konkretisztikus, ill. implikatív, szemben a felsőbb rétegek ún. elaborált kódjával (Lawton 1974). Ezt az elaborált kódolt elsősorban az iskola, a szervezett oktatás hozza létre, az alsó rétegek gyermekei már kommunikációs zavar miatt teljesítenek rosszabbul és morzsolódnak le az iskolában is. A kódbeli különbség nagyon sok probléma forrása a pszichoterápiában.

A kulturáltság, műveltség hiánya általában korrelál a pszichoterápia iránti bizalmatlansággal is. Magas műveltség ugyancsak kritikus és bizalmatlan beállítódást generálhat. A műveltség bizonyos átlagos, tipikus formája kedvez viszont az új módszerek, új elméletek iránti fogékonyságnak.

A kultúra azonban nem csupán a műveltséget, tájékozottságot jelenti. A kultúrának van antropológiai értelme. A szociológiában, és különösen a különböző népek és társadalmak összehasonlító vizsgálatával foglalkozó kulturális antropológiában vagy szociálandropológiában a kultúra fogalma sajátos jelentéssel bír. Ez a jelentés a leíró néprajzból, ill. az ún. fizikai antropológiából ered. Mindkét tudományág ugyanis megkísérli leírni, vizsgálni az életmód és az életfeltételek egész rendszerét. E rendszerben a belső összefüggések szervek. Szokások, hiedelmek, legendák, mitológiák és kozmogóniák összefüggenek vallásos rítusokkal és közösségi szokásokkal, és kapcsolatban vannak a mindennapi élet eszközeivel és tárgyaival. Megjelennek a létfenntartás technikáiban éppúgy, mint a művészetek mondható, ornamentikus tevékenységekben és termékekben is. Ez a rendszer az, amit összességében kultúrának neveznek. Éppen az összehasonlítás teszi szembetűnővé milyen nagy különbségek lehetnek egymáshoz közel álló, sőt, néha egymással kölcsönhatásban is élő népek társadalmak között, továbbá fejlettebb országokban milyen nagyok a különbségek társadalmon belül is. A fizikai antropológia feltárt

kultúrákat, amelyekben az eszközök kikészítettsége fejletlen, a művészi alkotást tükröző tárgy kevés van, a termelés és az életkörülmények (pl. lakóhelyek) színvonala alacsony, kevés nyoma van rítusnak, hiedelmeknek. Máskor viszont nehéz körülmények között élő népekben, közösségekben nagyon magasnak mondható a kultúra, mert sok nyoma van természetismeretnek, vallásos kultusznak, művészi hajlamnak (amely díszekben, ruhákban, lakóhelyekben nyilvánul meg, de esetleg képekben és szobrokban is), továbbá bonyolult mitológiákra utaló jelek, esetleg hagyományok élnek. A göcögők vagy a rómaiak nem voltak gazdagabbak vagy technikailag fejlettebbek, mint a körülöttük élő népek, nem volt lényegesen fejlettebb politikai rendszerük, hadseregük sem (mind a politika, mind a katonáskodás egyszerűbb társadalmi feltételek között szembevető kulturális sajátosságokkal bír, a politika ugyanis bonyolult szabályokat, törvényeket feltételez, a katonasághoz ideológia, kommunikációs rendszer, felkészítési program, vezetési hagyományok stb. kellenek). Vallásuk, művészetük, nyelvhasználati szokásaik, kommunikációs módjaik voltak sokkal fejlettebbek, mint más népeké, ezért tartjuk őket a mai civilizáció és kultúra szülőinek. Még az egyes görög államok is sokban különböztek az antropológiai értelemben vett kultúráról illetően, pl. sajátos volt a mükénéi kultúra, különleges kulturális gócot jelentett Athén, míg Spárta, majd később Makedónia civilizált, sőt, egyes vonatkozásokban technikailag fejlett volt, de általános kultúráról illetően szintelenebb. Természetesen a magas-kultúra értelme is közelebbi szempont, a vallás, a hagyományok, a művészetek általában nagyobb mértékű fogalmi tájékozottságot, tárgyismeretet, nagyobb kommunikációs jelkészletet jelentenek, tehát nagyobb műveltséget is feltételeznek. A görög mitológia pl. az emberi és társadalmi viszonylatoknak olyan ismerethalmazát tartalmazta, amely nemcsak mennyiségileg, hanem minőségileg is fejlettebbnek tekinthető, mint a korabeli közép-ázsiai vagy afrikai országok hiedelmei. Ezek az ismeretek a társadalom nagyobb részére is terjedtek ki, mint a keleti kultúrákban abban az időszakban, de akár korábban is (ha pl. Indiát vesszük).

Ilyenfajta szemlélet szerint a kultúra az életformák, kommunikációs módok, magatartásminták, értékek, normák és ideálok egész komplex rendszerét jelenti. Érthető, hogy az így értelmezett kultúra definíciója nem könnyű, és különösen nem egységes. Kroeber és Kluckhohn 1952-ben már 164 meghatározást gyűjtött össze és elemzett. E meghatározások többsége elsősorban a szokásokat, kognitív hiedelmeket, szituációs értelmezéseket és viselkedési szabályokat hangsúlyozzák, mint a kultúra lényeges elemeit. A társadalmi intézmények, a vallás, a művészetek és a technika a kulturális antropológia kul-

túrafelfogásában általában másodrendű kérdés (részben az említett okok miatt, vagyis azért, mert ezek hasonló vagy egyforma fejlettsége mellett a mentális és a viselkedési szférában igen nagyok lehetnek a különbségek). Az ilyen intézmények és tevékenységi ágak egyébként a kultúra ún. univerzáliai közé tartoznak ez azt jelenti, hogy minden kultúrában megvan ezeknek valamilyen formája, enélkül kultúra elképzelhetetlen. Különböféle szerzők más és más univerzáliaiakat sorolnak fel, minden meghatározás tartalmazza azonban, hogy az emberi kultúrák mindegyikében megvan a házasság és a család képlete, van vallás, vagy annak ekvivalense, megvan a termékek és a szolgáltatások szabályozott cseréje és sok más hasonló megnyilvánulás. Úgy tűnik, hogy ezek nélkül a társadalmak szerveződése elképzelhetetlen, mert még a legprimitívebb közösségekben is megtalálható ezeknek valamilyen egyszerű formája (Benedict 1955, Hoebel 1959, Radcliffe-Brown 1963 stb.). Nagyon érdekes kultúr-antropológiai gondolat, amit a század első felében többen is felvettek, de ami leginkább Ortega, majd Gehlen munkássága nyomán vált ismertté, hogy a technika is szoros kapcsolatban fejlődik a vallással, a mágia az első, az ősi technológia, az első szervezett válasz a környezeti viszonyok bizonytalanságára. A mágiával próbálja a primitív ember uralni a természetet, és ebbe a gyakorlatba azután fokozódó mértékben keverednek bele valóságvizsgáló módszerek, reális megfigyelések és eszközhasználatok.

A szociológia funkcionális elmélete, amelynek kimunkálása Merton és Parsons nevéhez fűződik a kultúrát igen fontosnak tartja a társadalom működése szempontjából. Kultúra nélkül nincs megfelelő munkamegosztás és nem képzelhető el fejlett társadalmi munkaszervezet és életrend, hiszen a kultúra testesíti meg a hagyományt, ez a mindennapi élethez szükséges ismeretek rendszere. Minél összetettebb a társadalom élete, annál több előfeltevés, értéktételezés, cél és magatartási szabály ismerete szükséges, hogy a társadalom tagja el tudja igazolni hétköznapjaiban, kiismerje magát a különböző szociális szituációkban és folyamatokban. A kultúrába való beletanulás, belenövés a szocializáció folyamatában történik meg, minél egyszerűbb a társadalom, ez annál rövidebb, minél bonyolultabb, annál hosszabb. Civilizált társadalmakban a munkamegosztás rendjébe való beletanulás a legnagyobb szocializációs feladat, az oktatási intézmények nagyobb része ezt szolgálja (de iskolán kívüli hagyományátadás az ún. „munkakultúra” átadása – is folyik). A szocializáció során jön létre a kultúrára jellemző személyiség, amely egyben a kultúra hordozója és továbbadója is. A személyiség lényegében az egyénben összegyűlt kulturális program, vagyis a társadalomban való célszerű és adaptív viselkedéshez szükséges ismeretek, készségek és késztetések rendszere. A készteté-

sek szociális tanulására vonatkozóan nagyon sok adatunk van, mai ismereteink szerint a biológiai szükségletek is mindig a társadalmilag formált, így az egyén társadalmi és azon belül is szociális mikrokozmoszától függő módon kialakított alakzatokban érvényesülnek (Kardiner 1953, Buda 1986). Sokan azonban a társadalmi és interperszonális eligazodáshoz szükséges kognitív sémák elsajátítására teszik a hangsúlyt a szocializációban (Fiedler, Forgas 1988 stb.). A funkcionális szociológia ezért a társadalmat, a kultúrát és a személyiséget minden szociális és magatartási jelenség elemzésében együttesen kezelendő három értelmezési síknak tekinti, amelyek egymással szervesen összefüggenek (Parsons 1964, Merton 1981 stb.).

Szociálpszichológiai szemléletű szerzők már igen régen felhívták a figyelmet arra, hogy a kultúra a kommunikáció bázisa, nemcsak a nyelv közös kódja révén, amely kulturális termék és kulturálisan továbbadott készség, hanem a szokások, a normák, az értékek mátrixa miatt is, amely a kommunikáció számára közös kontextust biztosít. E közös kontextus alapján az emberek értelmezik és minősítik interakciós szituációikat, és az összetett kommunikációs folyamatokban nagyon sokféle információt tudnak utalással közvetíteni. A kommunikáció kulturális kontextusáról nem csupán a kommunikáció kutatói (pl. Ruesch, Bateson 1951) írtak sokat, hanem az ún. etnometodológiai irányzat megalapítója, Garfinkel is (1967), és nyomában tanítványai, a társadalomtudományi fenomenológia képviselői (Hernádi 1984). Az utalásos kommunikáció információtovábbítási és társadalomszervezési többletére Mérei korán felhívta a figyelmet (1989) és a kommunikációelméleti munkák is ezt folyamatosan kiemelik (Buda 1988).

A kultúra eme összefüggései nyilvánvalóan jelentősek a pszichoterápia szempontjából. A szociológiai gondolatok számos pszichoterápiás elmélet magyarázataival hozhatók összhangba. A viselkedésterápiák elméletei közvetlenül is behelyettesíthetők a szociológiai teorémába. A szociológia fejlődéstörténetét ismerők ezt azért sem tartják csodálnivalónak, mert a kulturális antropológia és a szociológia vezető teoretikusai szorosán együttműködtek pl. az ötvenes években a pozitívista szemléletű, erősen tanuláselméleti orientációjú pszichológusokkal, akik a korszak tudományos életében irányadók voltak (Parsons, Bales 1955), különösen, amikor a személyiségről és a szocializációról volt szó. A pszichoterápiával korrigálható magatartászavarok a tanuláselméletek szerint hiányos vagy hibás szocializáció eredményei, vagy pedig olyan élethelyzetekben alakulnak ki, amelyekben a személyiség kikerül a társadalmi kapcsolatok eleven áramköréből, izolálódik, és ezáltal elszakad az adaptív viselkedésformák megerősítő ingereitől, továbbá nem kapja meg a

közösségi visszajelentéseket, amelyek a magatartászavarok korrekciójában segítenék (Rose 1962 stb.). A terápia a tanuláselméleti princípiumok célzott és tisztított alkalmazása, tehát lényegében konkretizált reszocializáció, ill. korrektív szocializáció. A csoportmódszerek terápiás alkalmazásában is gyakran említett tényező, hogy a csoport szocializál – ill. reszocializál –, és korrektív visszajelentéseket ad. Nagyon fontos szempont az is, hogy viselkedészavar keletkezhet abból is, hogy a szocializáció bizonyos vetületben elmaradt, így a személyiség nem rendelkezik megfelelő készségekkel, ismeretekkel vagy késztetésekkel. Az elmaradást pótolni kell, erre szolgálnak a tréningmódszerek. A mai pszichoterápiában, és a segítő szakmák mindegyikében, valamint a lelki egészségvédelem (a mentálhigiéné) terén nagyon sokféle tréningmódszert alkalmaznak. Kommunikációt, érzékenységet, agresszivitást, szerepeket, problémamegoldó vagy befolyásolási sémákat, kapcsolati viselkedésmódokat stb. tanítanak. Nemcsak hiányzó készségek, ismeretek alakulhatnak ki így, hanem meglévő ismeretek és készségek gazdagodnak (enrichment training). A szexuálterápiákban ismeretesek olyan gyakorlatok, amelyek motivációfokozó vagy késztetésmodifikáló jellegűek, széles körben alkalmazzák pl. a teljesítménymotiváció fokozását szolgáló tréningmódszereket.

A szocializációs zavar koncepcióját össze lehet egyeztetni a pszichoanalitikus felfogással is, erre Parsons személyiségértelmezése a példa (Parsons 1964). Ezt a tradíciót viszik tovább a szociálpszichiátriai jellegű felfogások (pl. Ammon 1979, 1982) vagy a családterápiás irányzat. Ezekben ugyanis a személyiség hibás, megzavart fejlődésének mikrodrámája kis szociális alakzatok, pl. család, primércsoport, közösség stb. patológiájára vezethetők vissza, ezek pedig tágabb társadalmi, szociokulturális összefüggésekbe állíthatók, pl. értelmezhetők különféle társadalmi pressziók, közösségi folyamatok, társadalmi változások, anómia stb. hatásai nyomán.

A pszichoterápia egyik alapproblémája a pszichés zavarok jellegének megértése és kialakulásának rekonstrukciója. Csak így képzelhető el az oki tényezők megismerése, amely azután ezek korrekciójához, ellensúlyozásához vagy megelőző semlegesítéséhez, csökkentéséhez vezet. Az ilyen tágabb összefüggések áttekintése is ezt segítheti elő. Ha a család kórtana tart fenn magatartási zavart, akkor a személyiség befolyásolása a zavar tüneti mechanizmusában nyilvánvalóan csak kis mértékben lehet hatékony. A tapasztalatok igazolták is, hogy a család együttes befolyásolásának kísérlete hatékonyabb és gyorsabb a magatartászavarok, tüneti megnyilvánulások széles skáláján, mint az egyéni terápiás munka (Füredi, Buda 1986 stb.). Nagyobb társadalmi szerve-

zetek zavarainak kórnemző szerepére vonatkozóan is sok adatunk van. Ezek nyomán pl. kialakult a gyógyító intézmény, a terápiás közösség koncepciója, amelynek gyakorlata fokozatosan készíti fel a személyiséget a társadalmi beilleszkedésre, az életmilióval és annak egyes kiválasztott és hatékonyított tényezőivel próbálja a személyiséget reintegrálni a kultúrába. A pszichoterápia általában is felfogható ilyen reintegrációnak. A csoport, a család vagy a terápiás közösség többlete éppen az az egyéni pszichoterápiával szemben, hogy sűríti, célzottan alkalmazza és serkenti a természetes szocializáló – vagyis kultúrafenntartó, kultúrakorrektív és kultúrafejlesztő – erőket, amelyek a különféle jellegű társas szituációkban és kapcsolatformákban rejlenek. A kultúra ilyenfajta fogalmi értelmezését világosabbá lehet tenni a számítógép analógiájával, amit az utóbbi évtizedben gyakran a kultúrára is vonatkoztatnak. A kultúra a „software” az emberben, a kultúra komplex programrendszer, amit a szocializáció a személyiségbe beépít, majd idővel, és a környezeti körülményeknek megfelelően korigál vagy módosít. A programhasználat maga is alaptényező a program fennmaradásában. Így érthető az izoláció leépítő szerepe, amit a terápiás közösség jelentőségét felismerők intézménykritikája pl. a klasszikus elmeosztályon kimutatott, és ezt ellensúlyozta az idő és a tér didaktikus struktúrállásával, a szabályok és szerepek világos kimunkálásával és újratanításával.

A kultúra mint kommunikációs mátrix új oldalról vet fényt a különböző réteghelyzetű terapeuták és páciensek közötti megértési nehézségekre. Ha az élettörténet, a széles értelemben vett szocializáció nagyon különböző, a megértésnek kevesebb a kulturális háttere, kontextusa. Ez részben a nyelvben nyilvánul meg. Bár erről már szövegtünk, meg kell itt említeni két összefüggést, ami többféle pszichoterápiás irányzatban jelentős. Az egyik a szemantikai oldal, amely nem csupán az elvont fogalmakban mutatkozik, hanem általában az összetettebb jelentéstartalmú vagy affektív töltetű fogalmakra is érvényes. Az általános szemantika vizsgálatai mutatják, hogy azok a kifejezések, amelyek kicsit is elvont konnotációjúak, a kommunikációs élményközösségekben, az így kialakult sajátos kontextuális háttérben képesek igazán tökéletesen elősegíteni a megértést. A pszichoterápia folyamatában a terapeuta és a páciens között ez fokozatosan alakul ki. Ha a terápiában csak verbális interakció folyik, a pontos közös nyelvhasználat lassabban bontakozik ki, ha viszont akciós terápiákban alakul ki a terápiás kapcsolat, a lejátszott, ábrázolt, kifejezett viszonylatok közös verbalizációjában több releváns megértési támpont bukkan fel. Ezzel a problémakörrel érintkező a másik összefüggés is, a szimbólumok kérdése. A kommunikációban az elvont fogalmaknál is összetettebb je-

lentésű elemek is szerepelnek, ezek a szimbólumok. A jelentések sűrítése ezekben a legnagyobb, és ezek kontextusa rendszerint messze túlnyúlik az egyéni interakciós előzményeken, és egészen a kulturális tradícióig, helyenként a magaskultúráig nyúlik vissza.

A szimbólumok kérdése nagyon bonyolult terület, hiszen a szimbólumok egy része egyszerű, piktogramhoz hasonló, vagy emblematikus, mint a dísz, a jelvény vagy az egyenruha. Ilyenkor a megértéshez egyszerűen csak a konvenció, a kód megismerése kell. Ha azonban a szimbólumok emberi kapcsolatokra, ember–társadalom vagy ember–transzcendens viszonylatra vonatkoznak, akkor már bonyolultabb a helyzet. Egész szimbólumrendszer pl. a vallás, és még azonos társadalomban, sőt rétegben élők között is megértési nehézségeket okozhat, ha más vallásban szocializálódtak, más vallási szimbolika szerint fejezik ki élményeiket vagy gondoljaikat. Nem véletlen, hogy egy vallásban felnőttek egymással gyakrabban barátkoznak vagy házasodnak, és az ilyen kapcsolatok tartósabbak is. A terapeuta a saját vallási ismereteitől különböző szimbolikát néha nagyon nehezen érti meg. A megértéshez ugyanis kellene a legendák, a szent könyvek történetei, a kultuszok és rítusok ismeretei. Nyilvánvaló, hogy a gondolkodásra, a mentális folyamatokra általában is jellemző a szimbolizáció. Izgalmas kérdés, hogy ez mennyire általánosan emberi, biológiai készség, és mennyire kulturális termék, valószínű, hogy mindkettő közrejátszik, és a kevésbé racionális, kevésbé civilizált kultúrákban a képi, prelogikus szimbolika jobban mutatja az endogén és a külső meghatározók jellegét. A pszichoterápiás gyakorlatban ez a kérdés nem aktuális, hiszen ott csak a megértés létrejötte és pontossága az érdekes, de a szimbólumok esetében különösen nyilvánvaló, hogy a kulturális azonosság segíti a megértést, még ha a szimbólum idioszinkretikus vagy torzult is, ilyenkor könnyebb dolga van az empátiának.

A szimbólumok elsajátítási és megértési forrásai között meg kell említeni a művészeteket, az irodalmat, és napjainkban a filmet és a televíziót. Ezek termelik, terjesztik és változtatják a szimbólumokat, felerősítik hatásaikat. A pszichoterápia számára ezeknek az a nagy jelentősége, hogy miként a mitológiai történetek, vallásos legendák, népmesék, népdalok, népköltemények, ezek is az emberi viszonylatokat és azokban a jellegzetes élménymódokat, problémaérzékelési és helyzetmegoldó sémákat ábrázolják, és ezért a pszichoterapeuta sokat tanulhat belőlük. Itt tehát ismét találkozunk az antropológiai értelemben vett kultúra a magaskultúrával. A terapeuta az irodalmi és művészeti szimbolikából olyan megértési lehetőségekhez juthat, amelyeket a saját élettörténete, szocializációja még nem nyújtott neki. Jól ismert körülmény,

hogy bizonyos élményformákat gyorsabban és teljesebben felismer az, aki ezeket maga is átélte. Szült vagy gyermeket nevelt nők könnyebben és mélyrehatóbban érthetnek meg más nőket, a női lét számos vonatkozása, ismert módon, nehezen érthető meg a férfiak számára. Ezt a feminista pszichológia és pszichoterápia hangsúlyozza, de implicite erre a felismerésre épült a kétne-mű koterapeuta pár alkalmazása a szexuálterápiákban is. Sok szakember speciális női szubkultúráról beszél (Nadig 1986), amely a nők emberi problémáit a másik nő számára érthetőbbé teszi. Az is köztudott, hogy a fogyatékos vagy betegség tapasztalata meggyorsítja a megértést az ilyenfajta problémák iránt. Veszteség vagy gyász könnyebben érthető annak, aki ezt maga is átélte. A telefonszolgálatok tapasztalatából tudjuk, hogy viszonylag egyszerű emberek is sok emberi viszonylatot nagyon jól megértenek és ezáltal jó kontaktust tudnak teremteni egyébként nehezen hozzáférhető; krízisben lévő más emberekkel, esetleg műveltebbekkel is. Régi megfigyelés, hogy gyermekeket nevelők fogékonyabbak a regresszív jelenségek vagy az éretlen megnyilvánulások iránt felnőttekben is, könnyebben ráéreznek ezekre. Sok példát lehetne erre felhozni, ám a pszichoterapeutától aligha várható el, hogy mindenféle emberi helyzetet maga is átéljen. A művészetek szimbolikus ábrázolása, a dráma vagy a film közel hozó és megmozgató kifejezőmódja vagy az irodalmi alkotás realista és hiteles rajza közel hozhatja az egyébként idegen élményt is, megsejtethet szimbólumokat és szimbolikus háttereket.

A megértés a pszichoterápiában nagyon fontos, de nem kevésbé fontos a beavatkozás sem, és a kultúrának e szempontból is van jelentősége. Sok jel mutat arra, hogy csak a felgyorsult társadalmi fejlődés és a rendkívül meggyorsult civilizálódás láttatja velünk, hogy az emberi személyiségzavarok és személyiségbetegségek csupán a pszichoterápiás technikák révén enyhíthetők vagy gyógyíthatók. Csak a tradicionális kulturális háttértől való viszonylagos elidegenedettség miatt kap olyan nagy hangsúlyt az idioszinkretikus jelentés, az egyéni szocializációs történet vagy a viselkedészavar pontos kognitív-emocionális szerkezete (utalva a főbb pszichoterápiás iskolák felfogására). E betegségek és zavarok korábbi társadalmaknak is gondjai voltak, és ezekre sokféle segítő és gyógyító megoldás fejlődött ki az idők folyamán. Ezek többsége ma babonának vagy érdekes tradicionális szokásnak látszik, de éppúgy van bennük tényleges pszichológiai „hatóanyag”, mint a népi gyógymódok, főzetek többségében is. Erre csak az utóbbi évtizedben terjed ki jobban a figyelem, a korábbi pszichoterápiás elméletek osztották a pszichológia gögjét, amely az emberi kognitív rendszerben főleg a hamistudati elemeket és a tévedési lehetőségeket, az önigazolási és önfelmentő sémákat látta meg, és éppen

ezek miatt igényelt objektív vizsgálati megközelítést. Ma a pszichológia általában is többre értékeli az ember természetes képességeit, és inkább csodálja, hogy hogyan sikerül eligazodni a bonyolult szociokulturális rendben, emberi relációhálóban. Ugyanígy kezdünk rácsodálkozni arra, hogy a különböző kultúrák hogyan oldják meg a különféle lelki problémákat.

Igen változatos kulturális megoldásokat találunk az általános, gyakori emberi gondokra, mint a veszteség, a betegség, a meghiúsulás, a megszegyenülés, a bűn vagy a különféle devianciák. Rituális megoldási formák léteznek a felnőtté válás, a családtól való elszakadás, a konfliktusos lojalitás, a nemi szerepzavarok és sok más, az életúttal és az emberi fejlődéssel kapcsolatos problémára. Szokásokkal, magatartássémákkal segítik a kultúrák az életkori korszakváltásokat, kiváltképpen az öregséget. Mindezekhez a vallás ideológiákkal járul hozzá, amelyek segítik az adott helyzet kognitív feldolgozását és a róla szóló közösségi kommunikációt. Mindezek a szokások a hagyományos közösségekben konzervatívak voltak, viszonylag kevés speciális szerephez kötöttek, egyébként a segítő, támogató funkciók megoszlottak a közösség tagjai között. A kultúra eredendően konzervatív volt. A hagyományos kultúrákból az utóbbi évszázad során – már a felgyorsuló társadalmi változásokat tükröző módon elkülönültek olyan gyakorlatok, amelyeket pszichoterápiának lehet nevezni, mert az individuáció feszültségeinek és gondjainak megoldására szolgáltak. Szorongást és depressziót vezettek le, személyiségváltozást (motivációváltozást, kognitív átrendeződést stb.) szolgáltak. Gyakran külön gyógyító szerepek alakultak ki e gyakorlatok lebonyolítására (pl. Közép- és Dél-Amerikában a curanderok, Afrikában a törzsi varázslók utódai stb.). Számos országban a civilizált nagyvárosok és az elmaradott vidékek egyidejűleg központjai a pszichoterápiának és a népi lelki gyógy módoknak is. Újabban nagy figyelmet fordítanak ezekre a gyógy módokra, mert a pszichoterápia terén szűnőben van az iskolák elkülönülése, keresik a szakemberek a közös elemeket, a nemspecifikus hatótényezőket, és ezek a korábban lebecsült népi gyógy módok bőségesen tartalmazznak ilyeneket (Dittrich, Scharfetter 1987 stb.). Felfigyeltek pl. arra, hogy a legtöbb gyógy mód csoportos helyzetben történik, nagy várakozást keltő és ezt ügyesen felfokozó alkalmakhoz kötött, szinte mindegyikben mozgás és tánc is van, a táncban sok az „encounter” elem, és sok népi lélekgyógyászati technika használ drogokat, de főleg azért, hogy megváltoztassa a tudatállapotot, jobban felszínre engedje az effektusokat, elősegítse a kognitív-emocionális megtisztulást. Az ősi kulturális rítusok általában gyorsabb terápiás változást eredményeznek, mint a tudományos módszerek. Még ha a szelekciós tényezőket is tekintjük, vagy a rövid pszicho-

terápiákban ma előszeretettel említett „kairosz-szindrómát” (kairosz görögül alkalmat, a körülmények szerencsés konstellációját jelenti), vagyis az életfeltételek által előkészített, megérlelt változási helyzetet, akkor is jó lenne többet tudni arról, hogyan lehetne a terápiás hatásokat a modern orvosi vagy pszichológiai gyógyítási feltételek között is ilyen hatékonyvá tenni.

Nagyon sok adat és megfigyelés szól arról, hogy a hagyományos kulturális segítő formák hogyan hatnak, és ezeknek mindig van relevanciája a pszichoterápiára vonatkozóan, és valószínű, hogy ezek szisztematizálásán, kutatásán, és részleges átvételén át vezet a pszichoterápia fejlődésének jövőbeli útja. Szinte minden segítő formában van akció, vagyis a bajban lévő valamilyen cselekvést bonyolít le, mindig van utasítás, ez többnyire paradox jellegű, nagyon gyakori a tanács, ami a helyzet gyors, kontextus-ismeretből fakadó megértésére támaszkodik, szüntelenül hatnak erős szuggesztív tényezők, ezek a bajban lévő befogadási készséget növelik, és csaknem mindig valamilyen programozott, idődimenzióban felbontott módon történik a segítség. A különböző kultúrák különösen a gyászt segítik nagyon jól elő, de gyakran kiválóan eligazítanak a konfliktusokban is. Néhány kommunikációs rituálé szinte teljesen megfelel egy-egy mai pszichoterápiás algoritmusnak. A vallások segítő gyakorlatában is megmutatkoznak ezek, pl. a zsidó vallásban a rabbi hagyományos tanácsadó szerepében, amely a „counseling” effektusait hordozza, és nagyon gyakran paradox utasítások nyomán fokális pszichoterápiához is hasonlít, a katolikus vallásban pedig a gyónás intézménye rejt sok lelki terápiás erőt magában.

Irodalom, művészetek, népi hagyományok és a kultúra más vetületei tehát nagyon fontosak lehetnek a mai pszichoterapeutának. Ki lehet tehát mondani, hogy a kultúra komplex fogalmának szinte minden jelentéstani összetevője összefügg a pszichoterápiával, és még inkább össze kell majd fűggyön a jövőben, amikor a pszichoterápia kiszabadul az ezoterikusá váló iskolákból, és rácsodálkozik kissé az eleven szociokulturális világra, amely nem csupán stresszeket és személyiségkárosító hatásokat közvetít, hanem megoldási sémákat és segítségeket is kínál a bajba jutottaknak. Az utóbbi néhány évtizedben a pszichoterápia maga is kultúratermelő erővé vált, számos társadalomban az említett pszichoterápiás kultúra hatott a közgondolkodásra is, és egyes szempontjaival behatolt a természetes problémamegoldási módok közé. A pszichoanalízis például, amely nagyon sokat merített Freud széles körű műveltsége révén az ókori mitológiából, a korabeli szépirodalomból és drámából, továbbá a különféle népszokások leírásaiból (pl. Frazer etnográfiai gyűjtéseiből), lassanként maga is hagyományozója lett a kiemelt és megvilágított pszichológiai szem-

pontoknak. Az Ödipusz-komplexus például ma számos országban sokkal ismertebb, mint maga az Ödipusz-történet. Néhány, a pszichoterápia szempontjából fejlett országban olyan irányzatok jöttek létre, amelyek mintegy feltételezik a korábbi iskolák főbb fogalmainak széles körű ismeretét. Nagyon valószínű, hogy nem véletlen, hogy az encounter módszerek, majd pedig később a tranzakcionális analízis és a neurolingvisztikus programozás vagy a Gendlin-féle fókuszálás elsősorban az Egyesült Államokban vált erőssé, ott is főképp a magasan civilizált partvidékeken, és nem tudott igazán gyökeret verni a világ más részén, még Nyugat-Európában sem. Másutt nem alakulhatott ki a pszichológiai kulturáltság olyan közös kontextusa, mint az Egyesült Államokban, és ezek a módszerek másutt nem érintették olyan közvetlenül az emberek aktuális problémáit, mint itt. Ezek az új terápiák a magasan individualizált, önmegvalósításra törekvő, identitását kereső ember fő gondjaira, a szociális önvezérlésre és az emberi relációkban való helyállásra vonatkoznak. Más országokban nagyobb szerepe van a korai személyiségfejlődésben jelentkező traumáknak, vagy a személyiség különböző „hiánybetegségeinek”, ahogyan Maslow megfogalmazta a freudi vagy adleri neurózis típusos formáit. Valószínű, hogy a pár- és családterápia is elsősorban a modern családnak szól, amelyben nagy a nukleáris család bezárkózásának tendenciája, ahol a családból való teljes és alapos kiszakadás az individuáció egyik fő tematikája, és kevésbé aktuális a nagy családi kapcsolathálózatokban, családi tradíciókban élő országokban (itt legfeljebb csak az akkulturációs konfliktusokban vagy emigrációs helyzetekben jelentkeznek a nyugati civilizációkhoz hasonló családindinamikai jelenségek).

A kultúra és a pszichoterápia sokféle kölcsönhatását és összeszövődését csak érinteni lehet, kimeríteni aligha. Csak utalni lehet még arra, hogy a pszichoterápia szempontjából igen fontos a nagy személyiségek életrajza és emlékiratainak sora, a művészek, költők élettörténete, életútja, különösképpen betegsége, pszichológiai problémája, a művészeti alkotás lélektani háttere és a befogadóra gyakorolt lelki hatása, az audiovizuális tömegkommunikáció érzelmi és indulati mozgósító szerepe, a zene egész jelenségrendszerének (kezdve a ritmustól a személyes zenehasználaton át a művészi zene élményéig menő) emberi befolyása, a fantázia és a műalkotás viszonya, a hagyományos és a modern szimbolizáció fejlődése és társadalmi jelentősége, a régi és az új mítoszok és legendák funkciója a mindennapi életben, a babonák, a csodaszerek iránti igények világa, a vallás mindennapi pszichológiai leképeződése és a vallásos megtérések sokféle változata, de ugyanígy a modern tömegmozgalmak lélektana, a kapcsolatok és csoportviszonyok mai kultúrája stb. Az elemzések, tudományos adatgyűjtések és kutatások itt nagyon relevánsak a pszi-

choterápia szempontjából, különösen, ha a pszichoterápiát modern értelemben vesszük, és nem csupán orvosi jellegű gyógyító gyakorlatnak, hanem mentálhigiénés tevékenységnek is tekintjük. Lényegében a mentálhigiéné fejlődésének útjaként csakis az képzelhető el, hogy a kultúra természetes és érvényes segítségi módszereit erősítik fel a mentálhigiénés mozgalmak, és a pszichoterápiás kulturáltság egyes elemeit terjesztik el az emberek között, esetleg önszervező és érdekképviseleti csoportok, közösségi reintegrációs próbálkozások, sajátos életformaműhelyek vagy védett környezeti szerveződések segítségével.

A pszichoterápiának tehát nagyon sok merítési lehetőségei vannak a kultúrából, és a mai kultúrának, amely nehezen követi a felgyorsult társadalmi változásokat, sokat kell átvennie a pszichoterápia egyre gazdagodó ismeretkorpuszából és gyakorlatából. Mindkét irányban ma még csak megkezdődtek az első lépések, még nagyon nagyok a távlatok.

20. Etnopszichoterápia

A különböző kultúrákban – de a nyugati kultúrák bizonyos népi és „alternatív” gyógy módjaiban is – nagyon sok olyan eljárás ismeretes, amelyek során megváltozik a tudatállapot, ill. szokatlan, rendellenes tudatállapotok formák állnak elő. Ezek a gyógy módok a pszichikus zavarok esetében gyakran hatékonyak, sokszor gyorsabban és biztosabban hozzák rendbe a betegeket, mint a tudományos alapon kidolgozott gyógy módok vagy pszichoterápiás eljárások. A szerkesztők e kötet összeállításával azt a célt tűzték maguk elé, hogy szisztematikusan megvizsgálják ezeket a „népi pszichoterápiákat” (az „etnopszichoterápia” összefoglaló nevet adták ezeknek), megpróbálják megállapítani ezek fő hatáselemeit, és megkísérlik levonni azokat a következtetéseket, amelyek a mai tudományos pszichoterápia számára is felhasználhatók.

A népi pszichoterápiák nagyobb részében különböző növényi kivonatokat vagy más természetes anyagokat használnak a tudatállapot befolyásolására. A kötet második nagy részében 8 fejezet foglalkozik ilyen népi terápiákkal, a megfigyelések nagyobb része Dél- és Közép-Amerikából származik. A használt anyagok hallucinogéneket tartalmaznak. De egyes módszerek öntudatlanul is a hipnózis, a jóga vagy a meditáció eszközeivel élnek. Az utóbbi módszerek alkalmazása főleg Ázsiában használatos.

A szerkesztők két bevezető és összefoglaló fejezete, a kötet első része dolgozza ki azt a koncepciót, mely szerint a népi pszichoterápiák lényege az, hogy a tudatállapot megváltozásán át lehetővé teszik a pszichés problémák belső átértelmezését, kognitív feldolgozását, emocionális feszültség levezetését. A megváltozott, ill. a rendkívüli tudatállapotot vagy kémiai szerrel, vagy pszichológiai eszközökkel hívják elő. A kémiai hatások ismertek, ezek a nyugati medicinában vagy kísérleti feltételek között, vagy hivatalos pszichotrop gyógyszerek formájában használatosak. A pszichológiai technikák változatosak, ezek között erőteljes csoporthatások, fárasztó és révületet kiváltó táncok, ritmikus zenei behatások is szerepelnek, de megtalálható a szenzorikus és percepció depriváció, a hipnagóg állapot hetero- vagy autohipnózis révén, az alvás megvonás stb. A szerkesztők szerint a terápiás hatás esszenciális feltétele a kulturálisan intézményesített rítus. A népi terápiák túlnyomó többsége helyi vallásokban, kulturális tradíciókban gyökerezik, sajátos alkalmakhoz, ünne-

pekhez kötött, vagy pedig kulturális szerepekhez, pl. karizmatikus gyógyítók működéséhez. Szép példákkal bizonyítják a fejezetek, hogy Dél-Amerikában a nyugati civilizációban nevelkedett emberek is milyen könnyen visszatálnak a népi tradíciókhoz, a különféle – részben afrikai eredetű – kultuszok és szekták (pl. Voodoo, Umbanda, Kandomblé stb.) rítusaihoz, és nagyon jól reagálnak ezek gyógyító procedúráira.

Nagyon fontos megállapítása a szerkesztőknek, hogy a tudati változások azonos lélektani folyamatokat érintenek, csak különböző konstellációkban. Általában közös bennük az énhatárok feloldódása, bizonyos – révületszerű, előbb szorongásos, majd kellemes – érzelmi állapotok kifejlődése, az érzékelés és a gondolkodás átstrukturálódása. A belső értékelés kategóriái és súlypontjai megváltoznak, ez alakítja ki az átrendeződést az életproblémák értelmezésében.

A kötet nem említi, de hozzá lehet tenni még a Maslow-féle „csúcserő” jelentőségét, amit az ilyen rítusok különleges élménye okoz, a felfokozott várakozás hatását, a szükségyszerűen jelentkező intenzív, szuggesztív jellegű csoporthatásokat.

A kötet harmadik részében a civilizált világ pszichoterápiás módszereiben használatos tudatváltoztató eljárásokról van szó, így pl. a pszicholízisről, a hallucinogének adásával támogatott pszichoterápiáról vagy a csökkentett érzékszervi ingeradással dolgozó terápiákról. Szólnak az ingerelárasztásos módszerekről a hipnoterápiáról, a meditatív és a katatim képélménnyel operáló terápiákról, ezek különféle iskoláiról. E leírások olyan szerzőktől származnak, akik vagy a módszerek megalkotói vagy mai képviselői, ezek a népi pszichoterápiákkal nem kötik össze a módszerük nyomán beálló tudatváltoztató hatásokat. Jobb lett volna, ha a szerkesztők egyik fejezete legalább a kötet végére került volna, mert így a szöveget folyamatosan olvasó nélküli az integrációt, a kötet elején adott elvonatkoztatott magyarázat, modell viszont az ismertség érzését adja minden új fejezetnél, némileg unalmassá is téve az olvasást. Nagyon hiányzik a kötetből a gyakorló pszichoterapeuta szemlélete, a pszichoterápiás folyamat stratégiai átgondolása. A népi pszichoterápiák leírásából az tűnik ki, hogy azok különös rendszerben működnek, egyrészt izomorfia van a páciensek hiedelemvilága, mentalitása és a terápia procedúrája között másrészt a nemspecifikus terápiás hatáselemek meghatározott sorrendben és összefüggésben állnak egymással. Jó lett volna, ha a szerkesztők vagy a szerzők legalább rámutatnak erre a stratégiai aspektusra. Hiányzik az integratív pszichoterápiás elméletek vonatkoztatása, pl. a kommunikációelméleté, Frank, Masserman és mások általánosító és közös nevezőket kereső teóriáié.

Így a kötet némileg adós marad a célkitűzések második felével, a tudományos tanulságok levonásával. A gyakorló pszichoterapeuta persze kísérletezhet különböző konklúziókkal. Úgy tűnik pl., fontos, hogy a hatékony pszichoterápia multimodális legyen, a pácienszt aktiválja, a csoporthatásokra építsen vagy pedig a kulturális elvárásokra (érdekes módon a népi pszichoterápiákban a személyes terapeutapáciens viszony alárendelt jelentőségű, ugyanígy alig van szerepe az értelmezéseknek, kognitív magyarázatoknak is). Nagyon fontos az említett izomorfia a terápia és az alapvető mentalitás között. Ezt a nyugati pszichoterápiák, különösen a tudományos alapúak, általában elhanyagolják, valamiféle racionális emberképre építik technikájukat, pedig a legkulturáltabb emberek többsége is babonásan precendenciálisan gondolkodik, ha beteg vagy bajban van, mély infantilis szintekre regrediál és félelmetesen hiszékeny lesz. Ezt nemcsak a pszichoterápia hanem a gombamód szaporodó „csodagyógyimódok” terjedésén át a szomatikus medicinában is megfigyelhetjük. A mai „népi” pszichoterápiákban – melyeket gyakran orvosok végeznek misztikus gépekkel és kezelési rítusokkal, máskor önjelölt gyógyítók – mindig jelen van a „szcéna”, a mágikus csodavárás, a „természeti erők” vagy „ősi tapasztalatok bölcsességek” mitikus hangulata, a gyógyítók teátrális viselkedése és mindegyikben esszenciális elem, hogy a hivatalos medicina tiltakozik ellenük. Mint a kötet leírásaiból is kitűnik, Dél-Amerikában is sokat számít, hogy bíralt vagy kiátkozott rítusokban, titkos vallások gyakorlása közben zajlanak az Umbanda vagy a Voodoo ceremóniái. Jó lenne mindezt valamilyen elméleti képbe összefoglalni, de ezt mai konceptualizációs képességeink még aligha engedik meg.

A kötet bepillantást nyújt azonban a pszichikum eme bel ill. alvilágába és az ezzel kapcsolatos népi és civilizált manipulációkba óhatatlanul is meggondolkodtat, új érdeklődéseket serkent. A pszichoterápiával foglalkozók számára ezért nagyon fontos, mondhatni, kötelező olvasmány.

II.
SZEMLÉLETI ALAPOK
C) SZOCIÁLPSZICHO-
LÓGIA, SZERVEZET-
PSZICHOLOGIA

21. Pszichoterápia és szociálpszichológia (A pszichoterápia lehetséges hozzájárulásai a szociálpszichológia fejlődéséhez)

A szociálpszichológia fejlődése immár csaknem fél évszázada nagyarányú, és az utóbbi 10-15 évben is töretlennek, sőt növekvőnek látszik. Erre lehet legalábbis következtetni a tanszékek, kutatóintézetek, folyóiratok, könyvsorozatok és monográfiák szaporodásából. Ma a szociálpszichológia diszciplináris önállóságát mindenütt elfogadták, a szocialista országokban is végképp elhárultak fejlődése elől a korábban meglévő ideológiai akadályok. Sok jel mutat arra, hogy a társadalom várakozása fokozódik a szociálpszichológiával szemben, és egy sor – a köztudatban is tükröződő – társadalmi probléma megoldásában komoly szerepet szánnak neki.

A szakemberek egy része azonban mégis úgy érzi, hogy a tudományág fejlődése megtorpant, stagnál vagy éppen visszafordult. Korábban sokan a szociálpszichológia „válságáról” is beszéltek (e felfogások alapos kritikai összefoglalása és értékelése magyar nyelven: Pataki 1976, 1982). Az aggályok főleg arra vonatkoznak, mennyire releváns a társadalomlélektani kutatás a társadalmi gyakorlat szempontjából, és mennyire használhatók fel a szociálpszichológiai elméletek vagy a vizsgálatok empirikus eredményei. Hasonló aggályok persze napjainkban szinte minden pszichológiai ágazatban felvetődnek, így valószínű, hogy nem a szociálpszichológia kizárólagos problémájáról van itt szó, hanem a pszichológiáérol általában.

A szociálpszichológiában a dilemmák gyökere a logikai pozitivizmus szemlélete melletti túlzott tudományos elkötelezettségben rejlik. A szűken értelmezett, kísérletes empiria kultusza és egyeduralkodó vezetett el a ma sokat tárgyalt, jól ismert jelenséghez, oda, hogy a viselkedés objektív meghatározó tényezőinek keresése szinte teljesen függetlenedett a mindennapi gondolkodás, a hétköznapi társadalmi tudat kategóriáitól. Ugyanakkor önálló tudományos kategóriarendszer nem alakult ki, így a szerteágazó kutatások eredményei nem váltak összegezhetőkké. A megismert tényezőkből nem voltak általánosan érvényes és alkalmazható tételek és törvényszerűségek lezármasztathatók, és különösen nem jöttek létre megfelelő elméletek. Hiányoznak a kutatások közös fogalmi nevezői, leginkább ez az, ami miatt nő a kétely a burjánzó

empirikus kutatási anyag értékét és az eddigi kutatási gyakorlat folytatásának értelmét illetően.

Ez a probléma – megítélésem szerint – a szociálpszichológiában különösen szembetűnő, elevenebb, mint sok más pszichológiai ágazatban, ahol a kísérletes módszer haszna és illetékessége kevésbé kérdéses, és talán ezért is esik itt róla gyakrabban és többet szó. A probléma néhány általános vonatkozásáról több alkalommal írtam (Buda 1974, 1978, 1979, 1983). A nemzetközi szakirodalomban ezt többféle összefüggésben tárgyalják (kísérletkritika, „implicit” szociálpszichológia vagy a társadalmi térben cselekvő emberben lévő „naív pszichológus” kérdése, alternatív szociálpszichológiai szemléletek stb.), ezek közül magyar tanulmány Rom Harré „ethogeny” elnevezésű irányzatáról jelent meg (Váriné 1982). A probléma lényege az, hogy a tudományosan elfogadható empirikus bizonyítás konvenció és divatszerűen azonosult a tudományos gyakorlatban a kísérleti módszerrel és azon belül a metrikus, matematikai igazolással. Ez óhatatlanul a tudományos megismerés beszűküléséhez és leegyszerűsítéséhez vezetett. A fogalomalkotás tudományosságának fő ismérve a divatos preferált módszerekkel való összekapcsolás (operacionalizálás) lehetőségének mértéke lett, és ennek jegyében a szociálpszichológiai elméletképzést a leíró vagy a leíró jelentéstartalomra szimplifikált fogalmak ontologizálása jellemzi. Az így előálló koncepciók növekvő mértékben életidegenek, egymással összefüggésbe alig állíthatók. A szociálpszichológiai kutatás „termése” legnagyobb részben ilyen fogalmakban és ezekből szőtt egyszerű elméletekben jelentkezik.

Ehhez a hagyományhoz a szociálpszichológia fő áramlata ragaszkodik amely az egyetemeken és az akadémikus intézetekben, kutatóközpontokban uralkodó, és így több mechanizmuson át (pl. oktatás, presztízs, előrehaladási és kutatási lehetőségek stb.) fennmarad, reprodukálja önmagát. Lényegében ebben a behaviorizmus befolyása tükröződik. Ezzel szemben a szociálpszichológián belül már több évtizeddel ezelőtt is voltak „lázasok”, ilyennek mondható a szimbolikus interakcionizmus vagy a kognitív szemlélet előretérése. De ezekből is leginkább az terjedt el, ami a kísérletes hagyománnyal összeegyeztethetőnek bizonyult. A kísérletes módszer szilárdan rögzült a szociálpszichológia szakmai hatalmi rendszerében, így a szinte már ritualizált eddigi kutatási gyakorlat bonyolult „lovagi tornája” van továbbra is előtérben a valódi megismerés igazi „küzdései” helyett.

Ezt a helyzetet ma mind több és mind élesebb vita kérdőjelezi meg. Különböző szemléleti ellenáramlatok indulnak. Ezek legalább tárgyják a szociálpszichológia horizontját, ha a hagyományt megtörni nem is képesek. Többségük

nem kívánja az empiria trónfosztását, csupán módszereinek bővítését szeretné, megfigyelések, következtetések, fogalomelemzések és elméleti modellek fokozott felhasználására törekszik. Az ilyen ellenáramlatok szívesen hivatkoznak a szociálpszichológia korábban gyakran hirdetett társadalmi szerepére, küldetésére.

Az ilyen új szemléleti fejlemények gyakran úgy jelentkeznek, hogy a szociálpszichológia szemlélete behatol más, többnyire alkalmazott pszichológiai tudományágba, és ennek nyomán a szociálpszichológiai elméletalkotás, jelenségmegközelítés és kutatás valóság és életközeli keretek között restituálódik. Erre példa lehet a pszichoterápia és a szociálpszichológia viszonya, itt bonyolult és többszörös kölcsönhatások figyelhetők meg. A szociálpszichológia megtermékenyítő hatására módszertani és elméleti fejlődés indult meg a pszichoterápiában, megkezdődött a kutatás, és eközben a szociálpszichológiai módszerek módosuláson mentek át, a fogalmak a pszichoterápia saját koncepcióival szembesültek és kerültek összehasonlításra. Ebből sajátos új fejlődés származott, amely napjainkban kezd visszahatni a szociálpszichológiára is. A továbbiakban azt szeretnénk kimutatni, hogy ennek a kölcsönhatásnak nagy távlatai vannak, és ebből a szociálpszichológia haszna, előnye nagy lehet, különösen akkor, ha valóban képes befogadni más szempontokat is, mint amik a klasszikus kísérleti módszerből következnek vagy azzal összhangba hozhatók.

A kölcsönhatás már a harmincas években megindult azzal, hogy a pszichoanalízis hatást gyakorolt a szociálpszichológiára. Jól ismert, hogy ez a hatás éppen az analízis. olyan tapasztalati tételei és szemléleti vonásai révén érvényesült, amelyeket az eredeti, ortodox pszichoanalízis nem értékelt kellőképpen, és amelyeket azután inkább az elhajlónak tekintett, későbbi neofreudista iskolák (Sullivan, Horney, Fromm, Kardiner stb.) hangsúlyoztak. Így pl. az ösztöntan, a „metapszichológia” alig hagyott nyomot a társadalomlélektanban, viszont az én védekező mechanizmusaira vonatkozó koncepciók hamar megjelentek az interakciók vizsgálatában, az attitűdök kutatásában stb. Leginkább a szocializáció pszichoanalitikus modellje, ennek fázikus és szekvenciális felfogása tűnt használhatónak és vált irányadóvá a szociálpszichológiában (erről pl. Hall, Lindzey 1954, Parsons 1964, Nolte 1970 stb.). Különösen erősen hatott a pszichoanalízis a szimbolikus interakcionizmusra; itt az összefüggéseket hosszasan lehetne vizsgálni és részletezni, de talán elég csak arra hivatkozni, hogy a szociális valóság szimbolikus reprezentációjának kiemelése, mint viszonyulás- és viselkedésmeghatározó körülménye nagyon összecseng a pszichoanalízis módszerével, amely ugyancsak a személyiségben lerakódott

képet, szimbolikus reprezentációkat tartja fontosnak. Az azonosság haszna kölcsönös, az analitikus gondolkodás társas dimenziót kap, a szimbolikus interakcionizmus számára pszichodinamikai szempontok adódnak.

Később a pszichoanalitikus vizsgálómódszer egyszerűsített, módosított és bizonyos fokig standardizált változataként jelent meg a szociálpszichológiában Rogers ún. nondirektív technikája (amelyet „kliensközpontúnak” nevezett pszichoterápiás irányzatában is alkalmaztak). Ez volt az eredete a szociológiában is és a szociálpszichológiában is később gyakran használt strukturálatlan vagy mélyinterjúnak, amit bonyolult kutatási terepeken vetettek be (pl. a klasszikus üzemi vizsgálatokban, mint pl. az ismert Hawthorne-vizsgálatban), és ami gyakran volt a hipotézisalkotás, a problémával való kereső ismerkedés bázisa.

A pszichoanalízishez hasonlóan a terápiás gyakorlatból származott Moreno szociometriája és pszichodráma elmélete, és ahhoz hasonlóan nagy volt a befolyása a szociálpszichológiának is. A szociometria sokáig alternatív szemléletnek és szociálpszichológiai módszertannak volt mondható, a laboratóriumi csoport helyett a valós csoportszerkezeteket, a természetes vonzásokat és taszításokat kutatta. A második világháborúban és az azt követő években is sokrétűen alkalmazták, egyik fő alapja volt a szociálpszichológia igényének arra, hogy megjelenjen a társadalmi gyakorlatban. Izgalmas lenne nyomon követni (egyelőre nem ismerek ilyen tanulmányt), mikor, hogyan szorult azután ki, mint nem eléggé „tudományos”, vagyis kísérletes, laboratóriumra alkalmas módszer. Ma szinte teljesen divatjamúltnak tekinthetjük, ha szakirodalmi és kutatási helyi értékét nézzük.

Sok más érdekes koncepciója (pl. a „találkozás”, Begegnung, encounter – a „tele” stb.) mellett Moreno szerepfelfogása ösztönzően hatott a szociálpszichológiai szerepelmélet fejlődésére, noha ez a későbbi szerepelmélet korán szakított Moreno kissé bizonytalan körvonalú, túlzottan is pragmatikus és az egyedi viszonyokra összpontosító szerepképével. A pszichodráma módszere főleg a csoportkutatásra hatott, mint ahogyan ezt élénkítette lényegében a szociometria is.

A csoport különben az említett kölcsönhatások érdekes terepe. Moreno hatása, Lewin eredeti, ha úgy tetszik, a behaviorista szociálpszichológia alternatívjaként jelentkező (lásd Lewin elmélet- és modellközpontúságát, alkalmazási hangsúlyait, pl. a tréningcsoportokban stb.) irányzatának befolyása, továbbá a terjedő csoportterápiás módszerek ösztönzése volt az, ami létrehozta a csoportdinamikát, illetve a robbanásszerűen fejlődő kiscsoportkutatást. Itt is tudománytörténeti érdekességű lenne feltárni, hogyan szorult háttérbe az in

vivo, terepkörülmények között folyó alkalmazási kísérlet és a diszciplinált megfigyelés (ami pl. Bales interakcióelemzési módszerében, kategóriarendszerében is tükröződött) és hogyan lett egyeduralgódó a laboratóriumi kísérlet és az egyre szűkítettebb, formalizáltabb tényezők kiemelése. Csak a hatvanas évek végére derült ki, hogy a kiscsoportkutatás szinte meddő, s a szociálpszichológiának hosszú ideig szinte gerincét és „kirakatát” jelentő kutatási területből alig használható valami, sokszor még az alapkísérletek (Sherif, Asch és mások) megállapításai sem (egy retrospektív kritikaként lásd: Greenwood 1983). E terület kutatástörténetének ismeretelméleti és módszertani tanulságait még alig vonták le, a mai szociálpszichológia vagy elegánsan figyelmen kívül hagyja ezt a történetet, vagy pedig a régi módon, filológiaiilag hűségesen összegzi az itt felmerült tényezőket és tételeket.

A kiscsoportkutatásra a csoportterápiás gyakorlat kibontakozása azután nem nagyon hatott, miközben a csoportterapeuták ismételten megpróbálták figyelembe venni a kiscsoportkutatás relevánsnak látszó megállapításait (pl. a csoportbeli vezetésről, szerepekről, kommunikációról, közös normákról stb.). De nem jártak sok sikerrel, már csak azért sem, mert a terápiás csoport lényege mindig folyamat, míg a kiscsoportkutatás inkább keresztmetszeti (ha itt folyamatról van szó, az leginkább egy-egy ülés, egy-egy laboratóriumi helyzet rövid időtartamára vonatkozik). Leginkább a referenciacsoport mutatkozott használhatónak, ez azonban nem a kiscsoportkutatás koncepciója, mind komparatív, mind pedig normatív változata alkalmazott területekről (pl. a komparatív a hadseregben végzett szociálpszichológiai vizsgálatokból) került be a szociálpszichológia ismeretkörébe (Hyman, Singer 1968).

A terápiás próbálkozásokból és tapasztalatokból viszont az életszerű csoportok, a természetes kiscsoportok újszerű és gazdag megismerése fakadt. Hangsúlyt kapott a csoportok történetisége, lényeges elemmé vált a fejlődés és a változás, amit a csoport erői munkálnak és amire az visszahat, reflektorfénybe került a csoportok alakulása, bomlása, a csoport, az egyén viszonyának bonyolult dialektikája, a vezetés kérdése stb. A szociálpszichológiai érdeklődésű témaösszegzések (pl. Gibbard, Hartman, Mann 1974, Cooper 1975 stb.), amelyek a terápiás csoportkutatásból indulnak ki, jól mutatják ezt. Utólagos elemzéssel meg lehet állapítani, hogy a csoportdinamika és a laboratóriumi kiscsoportkutatás koncepcióit a terápiában felhasználni próbáló törekvések inkább zavart okoztak, mert a kiscsoport önálló ontológiai jegyeinek túlhangsúlyozásával elterelték a figyelmet a terápiás csoportok (sőt a legtöbb természetes csoport) eredendő, illetve jelen lévő formális csoportaspektusairól. Márpedig a csoportviszonyok (sui generis kiscsoport értelmükben) min-

dig szervezett kereteken belül, és azokkal sokrétű összefüggésben érvényesülnek és bontakozna ki. Erre a terápiás csoportkutatás is némi késéssel, és csak bizonyos paradigmaváltás után jött rá (pl. Berne 1963, 1964).

Ez a paradigmaváltás azonban nagyon termékenynek bizonyult, és ez olyan gyökerekből is származik, mint pl. Goffman megfigyelései pszichiátriai osztályokon, Maxwell Jones próbálkozása terápiás közösségek létrehozásával, illetve a formális és szervezetenként rögzített csoportok belüli folyamatmanipuláció (nagy csoport, személyzeti csoportok, feszültségvezető, illetve „consciousness-raising”, „role enrichment” stb. csoportok, szervezetfejlesztés csoportokon át stb.). Ennek nyomán viszont sokkal többet tudunk (ha nem is a kísérletes lélektan által megálmodott biztonságfokon és formalizált módon) a szakszervezetekről és azok szociálpszichológiájáról. A formális csoportok és a szervezetek új ismereteire részben abban a fejlődési vonalban kereshetünk példákat, amely a Lewin tréningcsoportokból, az intézményekben alkalmazott ún. encounter-csoportokból és a vezetőképésben, szervezetfejlesztésben felhasznált gyakorlócsoporthoz ered, vagy pedig a terápiás csoportkutatás Bion-féle hagyományából, amit ma leginkább Tavistock-megközelítésnek neveznek (pl. Lawrence 1979 stb.).

Részben a terápiás, illetve személyiségfejlesztő, viselkedésmódosító csoportok, részben az egyéni pszichoterápia – az ötvenes évektől kezdve nagyon széles körben alkalmazott – módszerei egyes, jellegükben szociálpszichológiai problématerületeken szinte forradalmi hatást gyakoroltak. Ma egész diszciplínának köszönhetik ennek létüket és virágzásukat. Gyakran először az alkalmazott területen bontakoztak ki alapkutatásnak tekinthető vizsgálatok is, és csak később épültek ezek bele a szociálpszichológia rendszerébe (vagy pedig még ma sem integrálódtak ebbe, és önmagukban is valamilyen alternatív szociálpszichológiának tekinthetők). Jellegzetesen ilyen problématerület a diádikus interakció, a közvetlen kommunikáció, továbbá az emberi kapcsolatok folyamatainak kutatása.

Ma már nyilvánvaló, hogy a klasszikus szociálpszichológia interakció- és kommunikáció-felfogása nagyon leszűkített és szegényes volt. A kommunikáció csak mint formális információáramlás, mint híradó interakció jelent meg, mint ezt a jól ismert, ma már tankönyvi leírásokból (Bavelas és mások) kitűnik. Bizonyíthatóan a pszichoterápiából került a szociálpszichológiába a szabályozás és a rendszer (kibernetika, rendszerelmélet) modellje, és hosszú időbe telt, míg ott a kutatásban és a szemléletben meghonosodott, miközben a pszichoterápiában már huzamosabb ideje használatos volt és igen termékeny megközelítésmódokat eredményezett (lásd erről: Buda 1981, 1982). A szabá-

lyozás modellje természetesen irányította a figyelmet a visszajelzésekre, amelyek csak kommunikációs folyamatként voltak az interperszonális térben koncipiálhatók. E kommunikációs folyamatok a szabályozási modellbe nem szűkíthetők be túlságosan, hiszen a visszajelítésen kívül tekintetbe kell venni a szabályozási mintát vagy etalont is, továbbá a szabályozó effektust. A legyszerűbb rendszerkép sem nélkülözhet dinamikai szempontokat, és az emberi rendszerekben nem lehet elvonatkoztatni a szabályozás „értelmétől” (relevanciájától), ami mindig rendszeren kívül álló, tágabb kontextushoz tartozó.

Így vetült fény a nem-verbális kommunikáció jelenségére, és a jelentőség, illetve a funkció felismerése fellendítette a kutatásokat. A nem-verbális kommunikáció vizsgálatának ma is a pszichoterápiás szituáció a legkedveltebb terepe (pl. Weitz 1974, Carson 1980 stb.), noha a kutatási ágazat akadémiai körökben is elfogadott és laboratóriumi bázisra is került Argyle, Ekman és mások révén. A nem-verbális viselkedés terén a kölcsönös megtermékenyítő hatások jól észlelhetők és történetileg is jól leírhatók lennének. Ruesch, Bateson, Spiegel, Schefflen egyszerű megfigyelési és tapasztalati általánosításai klinikai vizsgálatoknak adtak helyet, majd ezeket laboratóriumi kutatások követték, film, képmagnó és különféle más műszerek segítségével, majd pedig a laboratóriumi módszerek megjelentek a klinikumban és visszahatottak arra. A hatvanas évek végén pl. stimulálták a videotechnika felhasználását a pszichoterápiás gyakorlatban és folyamatkutatásban (pl. Berger 1978), amiből viszont ismét egy sor új, aránylag pontos, laboratóriumi módszerekkel is vizsgálható kérdésfeltevés eredt. A nem-verbális viselkedés kutatásában könnyebbés, hogy viszonylag jól megragadható, viselkedési megnyilvánulásokra irányul a figyelem ezek többnyire mozgások, amelyek mérhető. Így tehát a hagyományos vizsgáló módszerekkel és kutatási szemlélettel is jól előre lehet haladni. Komplex kommunikációs hatások azonban már nehezebben közelíthetők meg, és itt a klinikum a megállapítások általánosítása, relevanciája és alkalmazhatósága terén még mindig előnyben van a laboratóriumi kutatásokkal szemben.

Nincs viszont a két közelítés között ellentét, és a kommunikáció területe arra is jó példa lehet, hogy a kísérletes szociálpszichológia megférhet, „békésen együtt élhet”, sőt termékeny kölcsönhatásban lehet más szemléletekkel és módszertani felfogásokkal.

A kommunikáció vizsgálatának mindig van egy kikerülhetetlen kognitív arculata, így a kommunikáció iránti érdeklődés fejlesztette a kognitív elméleteket is. Ehhez különösen hozzájárult a verbális kommunikáció behatóbb kutatása is. Ebben a „verbális viselkedés”, a pszicholingvisztika és más korábbi

kezdemények mellett ugyancsak nagy szerepet játszott a kommunikációkutatásban elterjedt rendszermodell mint integratív szempont. Mivel a legtöbb vizsgálat interperszonális, illetve diádikus helyzetben történt, és hamar kitudt az előző interakciók szerepe adott interakciós történések meghatározásában, fokozatosan előtérbe került a kommunikációban részt vevők viszonya, kapcsolata is (pl. Siegman, Pope 1972 stb.). A viszony kérdése ismét a pszichoterápia szemszögéből vált érdekessé, sőt, mellőzhetetlenné, hiszen abban a terápiás kapcsolat és a kommunikatív szituáció történetisége és viszonymeghatározó tényezőinek sora mindig vizsgálat tárgya, anélkül egy-egy esemény vagy folyamat nem is érthető meg. Hasonlóan a csoportkutatáshoz, a kapcsolatok formális keretei, kontextuális és történeti tényezői tehát kellő hangsúlyt a terápiás terep realitásai nyomán kaptak, és azt annak ellenére sem veszítették el, hogy laboratóriumi, kísérletes körülmények között e keretek és tényezők közvetlenül alig vizsgálhatók.

A kommunikáció és a kapcsolat – pszichoterápiából kiinduló – tanulmányozása és gyors feltárása jobban megvilágította a szerep koncepciójának jelentőségét is. A szerep fogalma kommunikációs és kapcsolati mikroelemzésben is konkretizálható. A szimbolikus interakcionizmus és a kulturális antropológia szerepértelmezése így új dimenziót kapott. A szerepviselkedés mindinkább mint sajátos kommunikatív viselkedés értelmeződött, ez különben Gross, Mason és McEachern, valamint Kahn és munkacsoportja kutatásaiban is már így körvonalazódott a „role-sending” fogalmának hangsúlyozása révén. A szerepviselkedés ugyanis az interakciós partnerek elvárásainak kommunikációjára indul be e felfogásban, és maga is kommunikációs értékű (Kahn et al. 1964 stb.). A kommunikációelmélet nyomán még világosabb, hogy a szerepviselkedés összekapcsolódását, komplementaritását az interakciós partnerek együtt „konstruálják” (Berger és Luckmann helyzetkonstrukciós felfogásához hasonló módon), mégpedig szubtilis kommunikációs jelzésekkel és kölcsönös, bonyolult kommunikációs szabályozáson át. Az emberi kapcsolatok viszont már rendkívül összetett jelenségek, itt a pszichoterápiás koncepciók inkább értelmezési kereteket adnak, és kevésbé a konkrét kutatások számára szolgáltatnak irányvonalakat.

Néhány jellegzetes kapcsolatforma azonban kivétel, mert itt a pszichoterápia közvetlen ösztönző erő a maga konceptuális és módszertani fejlődésével, és ezeknek területén a pszichoterápiás ismeretek elsődlegesek és újszerűek, és mindinkább általánosítható szabályszerűségeket írnak körül, amelyek a kapcsolatok szociálpszichológiáját alkotják. A házasság és a család kapcsolatrendszere, továbbá a szexuális párkapcsolat tartozik ide.

A házasság és a család kutatása már előzetesen is nagy volumenű volt a szociológiai és a családgondozói (tanácsadási) érdeklődés révén. A hagyományos megközelítés azonban a kapcsolatok dinamikáját nem tudta megragadni, csupán egyes vetületeit, illetve formai elemeit (pl. a kapcsolatok stabilitását, problémáit, az elégedettség, illetve a szubjektív értékelés mértékét stb.) vizsgálta. A terápiás tapasztalatok azonban tisztázták, hogy a kapcsolatok bonyolult tudattalan szerkezeteket rejtnek magukban, amelyek rendszerjellegűek, nem lineáris, hanem körkörös oksági viszonyokat reprezentálnak, és amelyek kommunikatív folyamatokban alakulnak ki, tarthatnak fenn egyensúlyt vagy bomlanak fel. Igen fontos, hogy ezek a kapcsolati struktúrák az egyéni viselkedés különböző vetületeit is meghatározzák (különösen a problematikus, tüneti viselkedést). E kapcsolati szabályszerűségek széles körben általánosítható megismeréseket ígérnek (pl. Willi 1975, Gurman, Kniskern 1981 stb.).

A házaspár- és családterápiás keretekben megfigyelt jelenségek egy része jól hozzáférhető behaviorista, illetve klasszikus általános lélektani módszerek számára is, és vizsgálható úgy, hogy egy adott viselkedésmódot az interperszonális kapcsolati környezet milyen operáns kondicionális folyamatban alakít ki és milyen rendszer jegyében tart fenn. Nem véletlen, hogy a legegyszerűbb családterápiás modell, Patterson modellje a legelterjedtebb, és mint néhány évvel ezelőtt kimutatták, szerzője vezet a többi családterapeuta előtt az idézési index alapján képzett rangsorban. Ez a körülmény azért lehet fontos, mert itt esetleg híd alakulhat ki a hagyományos szociálpszichológiai közelítés és a családi-párkapcsolati rendszerszemlélet között, és ez mindenképpen kölcsönösen megtermékenyítő hatású lehet.

Az összetett családterápiás modellek viszont bonyolult személyiségtényezőket, kölcsönös tudattalan érdekviszonyokat (ilyen pl. az említett Willi által kidolgozott „kollúzió” koncepciója), kognitív elemeket stb. implikálnak. Igen érdekes e modellek sajátos módszertani gondolkodásmódja is. E kutatásokban általában az események audiovizuális rögzítése, a rögzített anyagok konszenzuális (több egymástól független értékelő, megfigyelő egyetértésén, esetleg a „delphi” módszer, vagy más hasonló megoldások nyomán kialakult egyetértésén alapuló) értelmezése és a következtetési logika az irányadó. A kialakult ismeretek végső igazolása a további terápiás próbálkozásokban, illetve azok elemzésében történik. Bizonyos értelemben tehát „kísérlet” folyik itt is, csak nem laboratóriumi, hanem in vivo, illetve teremkörülmények között, és mint látható, a kutatás és a fejlődés távolról sem mond le az empiriáról, csupán annak kereteit igyekszik tágítani.

A házasság- és családterápia nyomán megfigyelhető az a tendencia, hogy a klinikai elméletek és tételek érdeklődést keltenek akadémikus képzettségű kutatók között is, és ennek hatására gyakoribbak lesznek a problématerülettel kapcsolatos hagyományos – szociálpszichológiai jellegű – vizsgálatok. Ez más – egyéni vagy csoportos pszichoterápiák esetében is rendszerint így van. Meg kell említeni, hogy a klinikai vizsgálódás és elméleti összegzés élen jár a klasszikus szociálpszichológiai megközelítéssel nyert új adatok integrálásában is (pl. Haley 1971, Gurman, Kniskern 1981 stb.).

A pszichoterápia és a szociálpszichológia kölcsönhatását és ebben a pszichoterápia befolyását (mert hiszen a tágabb tudományterületet jelentő szociálpszichológia hatása inkább természetes) bizonyos fokig magyarázza az a körülmény is, hogy az utóbbi két évtizedben az eddigi különböző iskolára és irányzatokra szabdaltságot gyógyító gyakorlat elmélete és módszertana kezd integrálódni. Az integráció éppen a szociálpszichológia spontán, a terápiás diszciplínákon belül észrevétlen érvényesülését jelenti, hiszen a közös szociálpszichológiai szabályrendszer, a közös kommunikációelméleti modell benne a lényeg. Mindinkább felismerik, hogy a gyógyító folyamat kommunikáció, amely kapcsolatok rendszerközegében módosít a viselkedésen, illetve változtatja meg a problematikus személyiséget. A terápiás folyamat mindig hasonlít a szocializáció folyamatához. Újabban a szocializáció koncepciója a pszichoterápiával befolyásolandó viselkedészavarok és problémák kialakulásának értelmezésében is alapvető magyarázó elv. A közös elméleti modellben a különböző terápiás iskolák és módszerek önállósága relativizálódik, és ezek inkább sajátos megközelítésmódoknak, stratégiáknak tűnnek (pl. Haley 1963, Buda 1981 stb.).

A pszichoterápia ilyenfajta szemléletéhez főleg a pszichoterápiás kutatók eredményei vezettek. Előbb eredményességi (hatékonysági) vizsgálatok indultak meg, ezek azt igyekeztek magyarázni, hogyan lehetséges, hogy a különböző irányzatok viselkedésváltoztató effektivitásában – a különböző módszerek és eltérő elméleti háttér ellenére – nincsenek lényeges differenciák. Eleinte még azt is bizonyítani kellett, hogy a pszichoterápia egyáltalán hatékony. Az eredményesség vizsgálata nagyon alapos konceptuális elemzést igényelt, ez csak lassan, sok száz, eléggé nagyszabású vizsgálat nyomán alakult ki. Így bontakozott ki, hogy operatív módon kutatták, milyen problémában vagy viselkedészavarban milyen konkrét célok elérésére, hogyan és miféle műveleti lépéseken át folytak a terápiák és milyen vetületekben, milyen kritériumok szerint változtattak a pácienseken (pl. Smith, Glass 1977, Garfield, Bergin 1978, Class, McGraw, Smith 1981 stb.). Az ilyen módon körvonalazó-

dó operatív és integratív pszichoterápiaelmélet a hagyományos iskolákban is mindinkább teret nyer azáltal, hogy az új szempontokat az iskolákon belüli kutatásokban is használják, és ezeket átveszik és asszimilálják a kiképzési és ellenőrzési rendszerek is. A fejlettebb, tudományos igényű pszichoterápiás iskolákban a képzés főleg arra irányul, hogy a pszichoterapeuta minél jobban tudja adaptálni készségeit és ismereteit az egyes betegek sajátos szükségleteihez. A szupervízióban a cél az, hogy a képzésben, a terápiás gyakorlatban és a kutatásban egységes és tudományosan elfogadott szempontok hálózatában lehessen minősíteni és fejleszteni a jelölteket.

Az így terjedő integratív pszichoterápiás felfogás lényegében a szociálpszichológiai szemléletet érvényesíti a pszichoterápiában és azt közelíti egyfajta alkalmazott szociálpszichológiához. A kölcsönhatások szempontjából előnyös, hogy az oktatásban és képzésben is, és a szupervízióban is egyaránt a direkt megfigyelés kerül előtérbe, és ez közelíti a gyakorlatot a kutatáshoz. A képzésben a fiatal pszichoterapeuta megfigyelheti a tapasztaltabbak munkáját élőben (pl. egyirányú tükrön át) vagy képmagnón, és az ő munkájának ellenőrzése is ugyanilyen eszközök segítségével mondhatjuk – a szaknyilvánosság előtt folyik. Ezek a gyakorlati helyzetek kínálják magukat a kutatás számára, a kommunikációs jelenségek és folyamatok életszerűen, összetetten, és nem egyenes változókra leegyszerűsítve jelennek meg. A pontosságra törekvő faktoriális kutatói közelítésnek a terepen nincs is értelme, hiszen a kérdésfelvetések eleve komplex szinten fogalmazódnak meg, csak így relevánsak.

Az utóbbi néhány évben növekszik a volumene a pszichoterápia integratív gondolkodásmódja nyomait viselő kutatásoknak. Ezt persze csak nagyon bonyolult „empirikus” módszerekkel lehetne bizonyítani, vagyis vagy a szakirodalom teljes körét, vagy megfelelő mintáját kellene folyamatában áttekinteni, hogy az általánosítás alátámasztható legyen. Erre most nincs mód, de a vázolt impresszió az idézett irodalmon kívül a *Current Contents (Social and Behavioral Science)* gyakorlatilag teljes és az angol nyelvű könyvtermés eléggé átfogó figyelemmel kíséréséből ered. Az utóbbi évek néhány jellegzetes könyve, pl. a *Studies in Symbolic Interactionism* kötetei, Harré 1976, Brenner 1980, Heelas, Lock 1981 stb. is ezt sugallják. A közleményből úgy tűnik, hogy a pszichoterápiából is származó kérdésfeltevések összetettebb vizsgálati jól ellensúlyozzák az akadémikus szociálpszichológia (amit pl. Berkowitz *Advancements of the Experimental Social Psychology* sorozatának kötetei, vagy a Lindzey–Aronson kézikönyv kötetei és újabb kiadásai testesítenek meg) mechanikus empirizmusát.

A tárgyalt összefüggés, illetve kölcsönhatás érdekes „experimentum naturae”-ja kezd kialakulni – a szemünk előtt – az NDK-ban. Egyrészt a csoportpszichoterápia fejlődése gyorsult itt fel, másrészt lendületesen nyert teret a Rogers-féle módszer, ennek sajátos német megfogalmazása, a Gesprächspsychotherapie. A szociálpszichológiára mindkét fejlődés erősen hat és a kölcsönhatások különböző köreiből nyilvánul meg (pl. Höck, Ott, Vorweg 1981, 1982, illetve Helm 1979).

A folyóiratcikkek és a könyvek áttekintéséből tehát az tűnik ki, hogy a pszichoterápiával kapcsolatos kutató, tapasztalatgyűjtő, empirikus (de nem okvetlen szimplifikáló) közlemények száma gyorsan és nagymértékben gyarapszik, és a terület mindinkább sajátos szociálpszichológiai alkalmazott kutatási ágazattá válik. Ha ez így van, ez igen örömdetes és aktuális jelnek fogható fel. A szociálpszichológiának – mint alapkutatásnak vagy mint önálló diszciplínának – valószínűleg nincs szüksége, és talán nincs is létjogosultsága sem a további növekedésre. Inkább szemléletének, módszertani gondolkodásának, elméleti közelítésmódjának, fogalmi koordinátáinak kellene fejlődni és megtermékenyítően behatolni más területekre. Azokon maga is bizonyos fokig megújulhatna. Ez a fajta kölcsönhatás a pszichoterápiában jól halad előre, és továbbra is várható, hogy a pszichoterápiás kutatás a szociálpszichológiára is ösztönző és serkentő, visszaható módon jeleníti meg ezt a folyamatot.

22. A módszerek problémája a szociál- és szervezetpszichológiában

A hatvanas-hetvenes évek ún. „válságvitája”, amelyről a magyar nyelvű szakirodalomban Pataki Ferenc adott jó összefoglalót (Pataki 1976), reflektorfénybe állította a módszerek kérdését a szociálpszichológiában. A válság érzését az keltette a szakemberekben, hogy be kellett látniuk (legalábbis az önkritikusabbaknak, és ők főleg a fiatalok és a szociálpszichológia akadémiai rendszerében vezető pozíciókkal nem bírók közül kerültek ki), hogy a szociálpszichológia nem képes társadalmilag releváns ismereteket létrehozni és különösen nem képes a társadalomban felhasználható tudománnyá válni. Legalábbis az a szociálpszichológia, amit tudományos szociálpszichológiának – Csepeli György kifejezésével (1981) élve a szociálpszichológia „főáramának” – kiáltottak ki: a kísérletes társadalomlélektan. Pedig ennek kibontakozása a társadalmi felhasználhatóság ígéretével indult és ennek az ígéretnek érdekében fektettek bele a második világháború utáni években az Egyesült Államokban hatalmas összegeket, és ezért kezdték később a nyugat-európai államok is erőteljesen fejleszteni. A negyvenes évek második felének eseményei, dokumentumai a szociálpszichológiában jól mutatták, milyen nagy várakozást keltettek az akkori szakemberek, a Lewin-tanítványok, az akkor nagy befolyásra szert tevő úttörők, alapítók, mint pl. Sherif, Allport (Floyd és Gordon), Newcomb, Cantril és mások. Szinte a kormányzat tanácsadó szervévé vált a Society of the Scientific Study of Social Problems, és a szerveződő ENSZ számára is a szociálpszichológia alkalmazását ajánlották. Ehhez képest a hatvanas évekig felhalmozódó tömémentelen kutatási eredmény szinte értéktelenné bizonyult, a kísérletes módszer kultusza miatt az összetett társadalmi viselkedésformákat felismerhetetlenné zsugorította a szűken értelmezett empirizmus és a logikai pozitivizmus reduktív közelítése. Az így kapott tényezők definíciójában és értelmezésében nem született megegyezés, valami – ma már szinte különösnek tűnő – ok miatt nem fordítottak gondot az alapfogalmak konszenzuális meghatározására, így azután a vizsgálatok nehezen voltak egymásra vonatkoztathatók. Csak az volt az érdekes, hogy a kutatások megfeleljenek az empirikus bizonyítás szabályainak. Ha az alapfogalmak tekintetében egyes területeken ki is alakult bizonyos rend, a keletkező szabályszerűségek

nem voltak összekapcsolhatók a gyakorlati alkalmazás kérdésfeltevésével, illetve nem adtak többet, mint amennyit a mindennapi tudat mondott az adott jelenségről, vagy amennyit a pszichológiában járatlan átlagember is látott.

A „válságvitában” azt fogalmazták meg, hogy az egész tudomány rossz úton jár. De a szociálpszichológusok befolyásos többsége lényegében elutasította a kritikákat, máig is ragaszkodik a régi pozitivista közelítésmódhoz, így hát nem is volt igazi vita. Inkább más szakemberek, művelt laikusok körében kapott visszhangot a megjelenő néhány alternatív irányzat és a hagyományos szociálpszichológia bírálata. Úgy tűnik, túl sok investíció történt eddig a hagyományos, akadémikus szociálpszichológiában és túl erős intézményes rendszer alakult ki ezáltal, mely ellenáll a változásnak. Talán csak a fiatalabb kutatónemzedékek között lesz mind nagyobb számú a szociálpszichológia megújulását követelők tábora.

Az eddig alkalmazott kutatómódszerekkel kapcsolatosan azonban folyton nő és hangosabb lesz az elégedetlenség. A hetvenes évek végétől kezdve gyakran említik: a bajok onnan származnak, hogy a szociálpszichológiában túlzottan erős és domináns lett a tudományág egyik gyökere, összetevője, és lassanként elnyomta, kiszorította a másikat, illetve a többi (Backman 1983).

Ez azt jelenti, hogy a szociálpszichológiában a pszichológia lett az uralkodó és ez szabta meg a módszereket. Visszaszorult a szociológia, amely pedig történetileg az egyik alapító volt, és csökkent a kulturális antropológia súlya is a szociálpszichológiában, pedig ennek hatása a harmincas-negyvenes években nagyon érdekessé, színessé tette a szociálpszichológiai tan és kézikönyveket, és hozzájárult ahhoz, hogy ezen a szemléletformáló színességen át sokan higgyék és terjesszék a szociálpszichológia társadalmi missziójának fontosságát. Mint ismeretes, a szociálpszichológia diszciplináris kialakulásában az első évtizedekben egyformán munkálkodtak szociológusok és pszichológusok. 1908-ban jelent meg az első két összefoglaló kézikönyv a szociálpszichológiáról, W. McDougall írta az egyiket, ő pszichológus volt, a másik E. A. Ross amerikai szociológus tollából készült. McDougall angol volt, így a két könyv nemcsak a két tudomány nézőpontjainak különbségeit tükrözi, hanem a kor amerikai és európai tudományos mentalitásának különbségeit is. McDougall a szociális viselkedést is ösztönök alapján magyarázta, míg Ross a társadalmi szabályok keretében szemléli a viselkedést (Allport 1954). Később lényegében a szociológiából (Herbert Blumer és mások hatására) keletkezett a szimbolikus interakcionizmus, ami szemléletileg ma is eleven és izgalmas irányzat, és amely még mindig jogosan képviselheti a társadalmi relevancia ígérését. Csak később nagyon háttérbe szorult a befolyása a pszichológiai em-

pirizmus hatására, amelyet Sherif, a csoportdinamikusok (elsősorban Lewin és követői), továbbá a szociális percepció és kogníció kutatói vittek bele a szociálpszichológiába. A szociológiamaga is elerőtlenedett és mintegy feladta pozícióit a szociálpszichológiában az uralkodó logikai pozitívizmus szellemében, maga is kísérletes tudomány akart lenni, ha pedig erre nem volt mód, akkor legalább felmérni igyekezett matematikai módszerek és bizonyítások segítségével. Átengedte tehát a terepet a kísérleteknek a szociálpszichológiában.

Ma a kialakult, uralkodóvá vált, intézményesült és ilyen minőségében „hagyományosnak”, „akadémikusnak” nevezhető szociálpszichológia kritikusai éppen azt igénylik, hogy a szociálpszichológia legyen újra interdiszciplináris tudomány, és mind szemléletében, mind pedig módszereiben legyen nyitott más társadalomtudományok, de elsősorban a mai szociológia iránt (Backman 1983). Úgy tűnik, a mai szociológia előbbre tart a logikai pozitívizmus és az empiricizmus béklyóinak felszámolásában. A szociológia ma fordított utat jár, mint amit korábban megkezdett, és ami a szociálpszichológia említett főáramára ma is jellemző, nem úgy keresi az objektív törvényszerűségeket, hogy csak kísérletezik, alapadatokat nyer és értelmez, és ezekből formál univerzálisakat, vagyis eleve érdektelennek tekinti a mindennapi gondolkodás kategóriáit. Ma sokkal inkább arra figyel, hogyan képes az egyén eligazodni a társadalmi térben, hogyan és milyen elvek szerint működnek a szervezetek és intézmények, tehát éppen vizsgálni és kiaknázni próbálja a mindennapi tudat ún. implicit szociológiáját. Ebből a közelítésből természetesen valami behatolt a szociálpszichológiába is és kialakította ott az ún. interpretatív paradigmát, amely azt keresi, hogyan konstruálják meg az emberek a szociális valóságot (erről lásd: Buda, László 1981, Buda 1985 stb.).

A szociológia mai célja tehát nem elsősorban valami új, az emberi gondolkodásból hiányzó alaptudomány ideálja, hanem éppen az „implicit társadalomtudomány” alkalmazásainak elemzése. Nőtt tehát benne az alkalmazott területek súlya, ezek nem másodrendűek többé, amelyeken „hígított” formában található meg az alapvető tudományos elvek, hanem éppen érték bennük a gyakorlatközelítés, a korábban kényszerűnek felfogott alkalmazkodás az adott terület gondolkodásmódjához és szemléletéhez. Ma mind több alkalmazott szociológiai területen alakul ki érdekes, lényegében szociálpszichológiai jellegű fejlődés, amelyből alapvető és nagyon messze sugárzó hatású felismerések, koncepciók származnak.

A szociológia megújulási erőfeszítéseinek jelei, hogy felfokozódott az érdeklődés a szervezetek, intézmények iránt, nemcsak a szervezetszociológia

erősödött meg, hanem minden alkalmazási vetületben a szervezeti aspektus felé fordult a figyelem. A szervezeteket lehet ugyan makroszociológiailag is vizsgálni, de bennük mindig jelentős az emberközeli problémák sora, előtérben vannak alkalmazási vonzatok, tehát a szervezeti szociálpszichológia, amit egyszerűsítve szervezeti pszichológiának mondhatunk. A szervezeti pszichológia fejlődése lényegében a szociológiai jellegű szociálpszichológia rekonstrukciójának megvalósulása és ebben rejlik a szociálpszichológia megújulásának nagy lehetősége.

Éppen ezért helyes a módszerek kérdését együtt vizsgálni a szociálpszichológia és szervezetpszichológia szempontjából. A szervezetpszichológia józan, természetes dimenziót biztosít a szociálpszichológiai problémák kezelésében, olyan kontrasztot ad, amelyből a szociálpszichológia kritikái jobban érthetők. Csak két példát érdemes megemlíteni, az egyik a kísérlet kérdése, a másik a szociális viselkedés determinánsainak ügye. A szervezet evidens módon a szociális viselkedés erőtere, ez adott valóság, mégpedig igazi „szociális tény”, a fogalom durkheimi értelmében, vagyis az egyes embertől független, mintegy az „előtt” létező meghatározó. A szervezetben irreleváns a kísérlet, hiszen a szervezeti folyamatok szüntelenül „kísérleteznek” az emberekkel, változtatják a feltételeket, feladatokat állítanak tagjaik elé, konfliktushelyzeteket idéznek elő, minősítenek és büntetnek stb. Nincs szükség tehát a kísérlet mesterséges körülményeire, és eleve értelmetlen az a rejtett módon biológiztikus előfeltevés, hogy a szociális viselkedés fő mozzanatai az egyénen belül vannak. Csakis ez a rejtett előfeltevés ad ugyanis értelmet a laboratóriumi kísérletnek, csak ebből, a pszichológiára oly jellemző premisszából lehet remélni, hogy a laboratóriumi kiscsoport létrejön, ha csoportnyi embert összehoznak és interakcióra kényszerítenek, és az így megfigyelhető szabályszerűségek a csoport szabályszerűségei. Vagy egyáltalán, hogy az az interakció és a kommunikáció, ami két ember között laboratóriumi feltételek között létrejön, és hogy ennek vizsgálatából meg lehet állapítani törvényeiket. Ha valóban meg lehet állapítani, akkor ez szükségszerűen az egyénből, annak biológiai lényegéből, végső soron tehát idegrendszeréből, neurotranszmitteriből vagy agyi struktúráiból ered. A szervezet realitása eleve kritikát jelent a hagyományos laboratóriumi közelítéssel szemben.

A módszer kérdésére visszatérve, a legbefolyásosabbá vált szociálpszichológiai áramlat alapmódszere gyakorlatilag a kísérlet lett. Bár a módszertani kézikönyvek és egyetemi kurzusok megemlítették a megfigyelést is a szociálpszichológiai módszerek között és kénytelenek voltak elfogadni az interjút is, elsősorban a kísérlettel foglalkoztak. Az interjúból a szociálpszichológia leg-

inkább annak strukturált változatát tartotta meg, mégpedig a standardizált kérdőívet, ill. a különböző skálákat. Ezeknek metodológiája ugyanis sok analóg elemet tartalmazott a kísérlettel. A standardizált kérdőív általában nem valamely egyén tulajdonságait akarta megragadni, hanem inkább egy csoportét, sokaságét (az egyén legfeljebb ennek tagjaként, ehhez viszonyítva lehet érdekes a maga individuális jegyeivel). Itt tehát a nagy számok jelentenek biztosítékot az esetleges egyéni torzításokkal szemben. A skálák konstrukciója pedig legtöbbször olyan, hogy az egyén tudatától független mögöttes változókat próbál megragadni. A jellegzetes példák az attitűdskálák, amelyek azután rendszerint faktorelemzés révén válnak értékelhetővé. Jellegzetes példa a Guttman-skála, amely attitűdök intenzitását méri. A kérdőívek és a skálák a pozitivistá, empirikus szociológia hatását tükrözik, részben pedig a személyiséglélektanét, amelyben a skálák főleg a differenciálléleltani kérdésfeltevések megválaszolását, vagy pedig a klinikai személyiségpszichológia igényeit elégítik ki.

A kísérletet, mint ismeretes, azért tartották a legtudományosabb módszernek, mert függetleníthető a vizsgált személytől, lehet őt teljesen félre is vezetni. Elvileg a kísérletvezető is olyan helyzetbe kerül, hogy nem tudja befolyásolni a kísérlet eredményét. A kísérleti személyek álcázó tájékoztatása szinte rendszer a szociálpszichológiai kísérletben, nehogy szándékaik vagy elképzeléseik valamilyen irányba tereljék az eredményeket. Egy kísérletkritikai szöveggyűjtemény címe szellemesen állapítja meg, hogy a szociálpszichológiában az a jó kísérleti személy, aki nem gondolkodik (Bungard 1980). A kísérleti elrendezés e sajátosságának számos etikai vetülete van, amely az utóbbi kb. másfél évtizedben meglehetősen sok vita tárgya (pl. Cochrane 1973, Bhumer 1982 stb.). A kísérleti helyzet ugyanis pszichikus ártalmakat okozhat a kísérleti személyeknek (akik többnyire diákok és bizonyos mértékig kiszolgáltatottjai a kísérletezőnek). Még a legegyszerűbb szociálpszichológiai kísérletek is árthatnak a kísérleti személyek énképének, önértékelésének. Már a Sherif-féle alapkísérlet is alkalmas arra, hogy a kísérleti személyt önmagában megrendítse, hiszen tapasztalhatja hogy ítéletei, véleményei mennyire manipulálhatók. A „beépített” kísérleti személyek felhasználása, amely többek között az Asch-féle csoportkísérletekre jellemző, különösen alkalmas arra, hogy az igazi kísérleti személyben megrendítse az önmagába saját ítéleteibe vetett hitet. Ez különösen diákok esetében nem előnyös dolog. Még komolyabb etikai kifogások merültek fel Milgram és Zimbardo kísérleteivel szemben mivel ezekben a kísérleti személyek egy részében olyan benyomások keletkeznek hogy ők értéktelen, szadista, fasisztoid emberek, hiszen kínozták társaikat. A

Zimbardo-kísérletben a „foglyok” viszont ténylegesen elszenvedték az „örök” atrocitásait. E kísérletek nyomán szerencsére életbe lépett néhány hasznos etikai szabály, pl. a „debriefing”, a kísérlet utáni teljes felvilágosítás és a kísérleti személlyel való pszichológiai foglalkozás szabálya, de kétséges, hogy ezt mindenütt betartják-e.

A kísérlet igazi problémája azonban az, hogy a kísérleti személy valójában gondolkodó lény és bonyolult szempontok szerint igyekszik alkalmazkodni a kísérleti szituációhoz. E szempontok között található egy sor rejtett elvárás, amit a kísérleti elrendezés és a kísérletező szakemberek (vagy asszisztenciájuk, hiszen pl. az ismert parapszichológus, Rhine kísérleteinek torzulásai végül is vezető asszisztensére voltak visszavezethetők, aki főnöke iránti rajongásból meghamisította az eredményeket) akaratlanul is kommunikálnak a kísérleti személyek felé. A probléma az utóbbi 20 év szociálpszichológiai irodalmából jól ismert, Orne, Sarbin és különösen Rosenthal munkássága nyomán (noha ez az irodalom a szociálpszichológia „kísérletes főárama” mellett meglehetősen perifériára szorult). A kísérletező hatása, az ún. experimenter effect vagy experimenter bias, mindig arra irányul, hogy a kutatási hipotézisben megfogalmazott eredmények jöjjenek ki. A hatás hasonló ahhoz a szuggesztív effektushoz, amit gyógyászatok vagy gyógyszerek kezdeményezői gyakorolnak a betegekre, és ami miatt a klinikai farmakológiában be kellett vezetni a placebokontrollt és az ún. kettős vak kísérleti elrendezést. Ritkán az is előfordulhat, hogy a kísérletező elvárásainak akaratlan jelzése lehetővé teszi a kísérleti személyeknek hogy érzékeljék, mit vár tőlük a helyzet és valamilyen okból éppen ne azt tegyék. A kísérleti elrendezés jelzései viszont gyakran kaotikusak, ezek miatt az eredmények torzulásai sokszor kiszámíthatatlanok.

A kísérleti közelítés tehát nem csupán a mögötte rejlő redukcionista szemlélet és a mintegy elidegenítőnek mondható behaviorista metodológia miatt problematikus, hanem még saját logikáján belül is nagyon törékeny és bizonytalan. Voltaképpen e ténynek ma már le kellett vonni a tudományszervezési konzekvenciáit, ez azonban még várat magára, az akadémikus tudománystruktúra az említett módon, fut a pénze után”. A metodológiai dilemmák persze nem csupán „kényes természetük” és kellemetlen konklúzióik miatt szorultak háttérbe a hatvanas évek szociálpszichológiájában, hanem az akkor uralkodó általános elméletellenesség miatt, ami az empirizmus hangsúlyozása és az ún. „arm-chair theoretizing” vagy „arm-chair philosophy” elítélése jegyében alakult ki. Jellemző példa erre Gergen egyik írása, amely 1973-ban jelent meg *Social Psychology as History* címen (Gergen volt az, akinek egy

kongresszusi előadása kapcsán kezdődött a Pszichológia című folyóiratban a módszertani vita). Ez a cikk a későbbiekben sok hivatkozás tárgya lett, a Current Contents (Social and Behavioral Science, 1982. nov. 22., vol. 14. no. 47. 18. o.) című információs kiadvány This Week's Citation Classic rovatában ezért külön is megemlékezett róla, mert a szakirodalomban található több mint 190 hivatkozás miatt az egyik legtöbbet idézett (tehát a scientometria szempontjai szerint nagyon befolyásos) szociálpszichológiai közlemény lett. Ez a rovat mindig megszólaltatja a szerzőt is. Gergen nyilatkozatában kifejti, hogy e cikk anyaga már régen készen állt, nem tudta azonban közzétenni. Csak miután egy sor kísérleti munkája is megjelent és tagja lett a Society for Experimental Social Psychology elnevezésű társaságnak, amit Gergen „an elite organization”-nek nevez, akkor fogadta el a lap a cikket, de akkor is alig sikerült közölnie, mert a lap tudós lektorai közül senki sem vállalta, hogy ilyen „elméleti” cikkekkel foglalkozik... E problémákról Gergen újabb írásai is bőségesen szólnak (Gergen 1978, 1982). A helyzetre az is jellemző, hogy a kísérletkritika először csak kísérleti formában jelenhetett meg, vagyis Orne és Rosenthal kísérletileg volt kénytelen bizonyítani, hogy a kísérlet számos új-szerű hibalehetőséggel bír...

A későbbi szociál- és szervezetpszichológiában a kísérleti módszer felváltódása – mai benyomásaink szerint – valószínűleg a Thomas Kuhn-féle paradigmaelmélet (Kuhn 1982) szerint fog végbemenni. Mint már többször említettük vagy utaltunk rá, a klasszikus metodológia és a kísérletkritika lényegében nem konfrontálódik egymással, viszont a kísérletkritikából (is) eredő új módszertani gondolatok mind hangosabbá és elfogadottabbá válnak, és például a szervezetpszichológiában szinte uralkodóvá is lettek. A régi paradigma tehát lassanként kihál, az új kibontakozik. Az új szemléletnek különböző teoretikus megalapozásai is létrejöttek, ilyen a megújított szimbolikus interakcionizmus, az ún. mindennapi tudat kutatása (pl. Douglas 1970), az etogenia (Váriné 1982) vagy az etnometodológia (Hernádi 1984). Az új paradigma még nem fogalmazódott meg, egyik szemléletmód sem gyakorol ma még döntő befolyást. Ha valahogy jellemezni akarjuk, akkor azt a már említett körülményt kell aláhúznunk, hogy az új szociálpszichológia nem a tudaton kívül keresi a szabályszerűségeket, hanem a tudatban is tükröződő kognitív-emocionális műveletek explikációjában. Fontos azonban az új módszertan is, amely nem elsősorban egyes módszertani eszközökben definiálja önmagát, hanem a fogalmak tisztázásának igényében, koncepciók kidolgozásában, komplex modellek követelményeiben. Ez a módszertan ugyanakkor nem korlátoz egyetlen hagyományos szociálpszichológiai szemléletet sem, inkább úgy le-

het jellemezni, hogy elősegíti és felszínre engedi azokat az irányzatokat, amelyeket korábban a kísérletes módszer elnyomott. Még a behaviorista szemlélet is teret kap, hiszen továbbra is lehet arra az álláspontra helyezkedni, hogy csak a megfigyelhető viselkedés a vizsgálódások egysége. Természetesen még a kísérlet sem tiltott, idejét múlta, csak kevés kivételtől eltekintve nem laboratóriumban, hanem terepen történik, hiszen az új szociálpszichológiai közelítésmód a való életben, a társadalmi valóságban megnyilvánuló viselkedési, ill. interszociális megnyilvánulásokra kíváncsi. A társadalmi valóság szinte állandóan tartalmaz quasi kísérleti helyzeteket, „experimentum naturae”-kat. A szervezet ismét kitűnik abból a szempontból, hogy ebben állandóan természetes „kísérletek” folynak, hiszen a szervezetek lételeme a változás, a változás pedig jelentős részben voluntáris feltételváltoztatások nyomán alakul ki. Többnyire a vezetés az, amely változtatja a szervezeti szabályokat, módosítja a struktúrákon és a jellegzetes szervezeti folyamatokon és ezeken át igen mélyrehatóan befolyásolni képes a szervezeti rendszert. Az ilyenfajta változásnak – változtatásnak – a szervezeten belül is megvan a maga belső monitorizálási és értékelési igénye, a mindennapokban is végbemelegíti tehát az, amit a módszertani kézikönyvek az intervenciók kísérletek jellegzetes „előtte-utána” elrendezésében leírnak. Még a kontroll (a fogalom metodikai és nem a szervezetekkel kapcsolatosan különösen gyakran használt kontrollálás, uralom alatt tartás értelmében) megfontolásai is érvényesülnek, hiszen a szokványos vezetői vagy szervezői gondolkodás is a ceteris paribus elve szerint értelmezi a különböző változtatások eredményeit. Ezt azért érdemes külön is hangsúlyozni, és a szervezetpszichológia példáján tisztán látni, mert így világos, hogy a tudományos közelítés az emberi jelenségekhez nem sajátos, a hétköznapi valóságvizsgálattól elütő módozat, hanem csupán annak egyfajta változata, olyan változata, melyben egyfelől a félreértések, tévedések, hibák kiküszöbölése fontos, másfelől pedig nagyon lényeges az igazolás és a validáció. Ez utóbbi nem feltétlen bizonyítás, hanem logikai valószínűsítés és argumentáció alapján is történhet. A klasszikus laboratóriumi kísérlet a bizonyítás megszállottja volt, az újabb szociálpszichológiai módszertan a komplex összefüggések tudatában nem tartja ezt olyan jelentősnek, inkább a konszenzualitást, a következtetésekhez való eljutás áttekinthetőségét húzza alá. A laboratóriumi kísérleti kultusz azzal, hogy a kísérletben manipulálható változókat ennyire reflektorfénybe állította, lényegében obskuralta a konszenzuális háttérelemeket és a kísérletekkel együtt járó argumentációs kontextust.

Így azután ma kevés a teljesen behaviorista szemléletű szervezetpszichológiai irányzat és a tiszta elvű behaviorista közelítés ritka (míg az akadémikus

szociálpszichológiában, mint említettük, tovább tart a laboratóriumi kísérlet és a logikai pozitívizmus uralma). Nagy a kognitív szemlélet befolyása. Ez több okból is magyarázható, a kognitív szociálpszichológia a hagyományos szociálpszichológiában is nagy fejlődésben van, főleg kognitív-behaviorista felfogásban, ha jól megnézzük a régi skinneri „verbal behavior” paradigma jegyében, elsősorban szövegprodukción és ezekkel kapcsolatos választási, preferálási és döntési viselkedés kutatásában. Jellegzetes példa erre az attribúciós elmélet. A kognitív szemlélet híd a már szóba került új módszertani fejlemények és a hagyományos szociálpszichológiai nézőpontok között, hiszen a mindennapi viselkedést vezérlő szabályok és szabálygenerációs folyamatok is kognitív természetűek, és minden kognitív hangsúlyú kutatás keresi a magatartás és az emberi viszonyok értelmezési szempontjait, kategóriáit, ideológiáit. Az új iskolák és irányzatok egyike sem hiszi a mindennapi életben aktív személyiséget csálthatatlannak vagy abszolút objektív megismerőnek (bár mennyire is csodálatos az emberben felhalmozott implicit társaslélektani ismeretanyag és készsége, ha a régi szociálpszichológia emberképe felől nézzük), mindegyik számol a „hamis tudat” problémájával, tudja kezelni a differenciális lélektani szempontokat (vagyis az egyének képességbeli, kompetenciabeli különbségeit az élet gyakorlatilag minden területén) és valamilyen módon magyarázza a patológiát is, tehát a személyiség olyanfajta eltolódását az interakciókban, amely már az adaptációt vagy a társadalmi cselekvést megnehezíti vagy akár lehetetlenné teszi (és esetleg szankciókat is von maga után). Kiindulópontja azonban az a korszakalkotó gondolat is, amelyen mint valami pilléren a szimbolikus interakcionizmus – minden új irányzat, új szociálpszichológia szülője – alapul, az ún. Thomas-féle teoréma, amely azt állítja, hogy amit az emberek a társadalomban valósnak, létezőnek definiálnak, az valós lesz minden következményében (if men define something real, it becomes real in every consequences...). Ez azt jelenti, hogy az interakciók rendszerének szabályozása igen gyakran operál az emberrel, emberi viszonylatokkal vagy a társadalommal kapcsolatos hamis tudati elemekkel, melyek azonban így funkcionális szerepet kapnak.

A szimbolikus interakcionizmus az emberközi érintkezések jelentését, értelmét (meaning) kutatja, ilyen módon közel áll a mai kognitív teóriákhoz, de a megértő lélektanhoz vagy a Weber-féle megértő szociológiához is. A jelentés összetett vonatkozásainak nagy a jelentősége a szervezetpszichológiában, hiszen a szervezeti normák és értékek rendszerében minden megnyilvánulásnak van valamilyen helyértéke, értelme, és csak erre vonatkoztatva érthető meg. Attól függően, hogy ez a jelentés, értelem milyen szinten fogalmazódik

meg, különböző szemléleti módon kapcsolódhatnak be, pl. lehetnek a rejtett csoportviszonyok, az informális csoportviszonyok a vonatkoztatási keretek. Ebben a nagyságrendben a szervezeti jelenségek jelentései a csoportdinamikára, a Human Relations által vizsgált csoportazonosulási és involvációs erőkre, vagy a szervezetfejlesztésben felszínre kerülő csoportközi relációkra vonatkoznak. De lehet a vonatkozás alapja az emberek tudattalan folyamataiból összeálló csoportfantáziák és csoportfélelmek, amelyeknek rendszeraspektusait a szervezetfejlesztés ún. Tavistock-féle modellje próbálja vizsgálni és tudatosítani (Lawrence 1979).

A jelentés szempontja számos régi szociálpszichológiai kérdésnek új tartalmat ad, sőt, tulajdonképpen kimutatható, hogy a kísérleti szociálpszichológiában is tekintetbe vették, azonban csupán implicit módon. A norma mint viselkedésszabályozó tényező (tehát nemcsak a Sherif-féle paradigma jegyében, amikor a norma a csoport közös (akár rejtett) szabálya, például a klasszikus értelmezésben is úgy hat, hogy a személyiség tudja, hogy van az adott szituációban valamilyen előírás, amelynek megfelelően viselkedni kell, és a szituáció többi résztvevői is tisztában vannak ezzel, az adott viselkedésmódot elvárják, igénylik, elmaradását szankcionálják (Shibutani 1961). A norma körül tehát zajlik a kognitív folyamatok sora, amely folyamatokban „definiálódik” a szituáció, amelyben a normának érvénye van, amelyben a cselekvő személyiség felismeri a szituációban részt vevő többi személy figyelmét vagy oda nem figyelését, a normát esetleg érvénytelenítő kivételes körülményeket stb. Mint az etnometodológia kimutatta, a norma körüli kognitív mező, ha alaposan megvizsgáljuk, egészen bonyolult szerkezet, mint ezt Garfinkel ismert példája mutatja, a kisfiúé, aki pénzermét kér apjától és működteti a parkolóórát, mert tudja, hogy órás helyen parkoláskor ez a szabály, ha viszont ezt az egyszerű helyzetet meg akarjuk magyarázni és a cselekvés mozzanataira rákérdeznünk, mindig új háttérösszefüggések bontakoznak ki (Garfinkel 1967). A mindennapi gondolkodásban benne vannak ezek az összefüggések, és a szociálpszichológiai kutatás során is automatikusan aktiválódnak, ha a kiválasztott változókat kell értelmezni, akár a laboratóriumi kísérlet keretében is.

Ezek az összefüggések a szimbolikus interakcionizmus egyik érdekes ágazatában, a szerepelméletben és az ebből kiinduló szerepkutatásban már bonyolult módon felszínre kerülnek. Ez az elmélet G. H. Mead, R. Linton és mások felfogásában szövegeződött meg, először a szociális viselkedés értelmezési kerete volt, később csaknem elapadt, kiszáradt, amikor megpróbálták belekényszeríteni a laboratóriumi kísérletezés feltételeibe (pl. Newcomb, Bales stb.). Itt ugyanis teljesen keresztmetszeti és az aktuális csoporthelyzetre vo-

natkozott viselkedésforma lett. Az ötvenes évek második felében a szociológiai kutatásokban éledt újra a szerepfogalom (Merton 1957, Banton 1965 stb.), majd néhány új fogalmi kategória bevezetésével (a szerepvállalás új értelmezése, szerepbizonytalanság, szerepkonfliktus, szerephálózat, „szerepküldés” (role-sending = a szerephelyzet definíciójának kommunikatív kifejezése stb.) szociálpszichológusok olyan konceptuális apparátust hoztak létre, amely a szervezeti viselkedés igen összetett elemzését tette lehetővé. Még mennyiségi paramétereket is lehetett ennek során alkalmazni, tehát az új szerepparadigmából is származtatható empirikus kutatás. Az egyik alapvető vizsgálat iskolákban folyt (Gross, Mason, McEachern 1958), a másik ipari üzemekben (Kahn et al. 1964). Az iskola az alapvető szerepszemléletű vizsgálat utáni két évtizedben is a szervezetpszichológiai és szervezetszociológiai elemzés egyik fő terepe maradt (Niederberger 1984). A szerepelmélet jegyében fogant vizsgálatokat érdemes reflektorfénybe állítani, ezek a szervezeti viselkedés jelenségeinek különleges szociálpszichológiai értelmezését teszik lehetővé. Sajnálatos módon az empirikus „főáram” a különleges értékű szerepelméleti megközelítést is háttérbe szorította, és az a sajnálatos helyzet állt elő, hogy még a nyugat-európai, sőt, az amerikai szociálpszichológusok közül is kevés ismeri pl. Kahn és munkatársainak vizsgálatait. A szerepszociológián és általában a szociológián belül ezek a kutatások jól ismertek, bár sajnos ott is túl soknak tartják a bennük lévő teoretikus tartalmat. A helyzet megértéséhez hozzátartozik, hogy az amerikai szociológia integráns részének tartja a szociálpszichológiai elméletet és szemléletet, ezért érthető, hogy ott a szemléleti fontosságú fejlemények recepciója jobb. A szociológiában középpontban lévő szociálpszichológia komoly gondokat okozott a szocialista országokban a hatvanas évek elején, amikor a szociológia és a szociálpszichológia befogadása aktuálissá vált. Korábban ugyanis ezeket a diszciplínákat mint polgári áltudományokat elutasította a marxista társadalomelmélet, és úgy minősítette őket, hogy ezek a tömegek félrevezetését célozzák. A fő vád az volt ellenük, hogy „elpszichologizálják” az alapvető társadalmi törvényszerűségeket, különösen a társadalmi konfliktusokat és ellentmondásokat. A hazai szociológiai irodalomban ennek a problémának tükröződését számos közleményben, pl. Hegedűs András korai írásaiban nyomon követhetjük. Az „elpszichologizálás” éppen a szociálpszichológiai tartalomra vonatkozott (mint ezt Szalai Sándor már akkor próbálta magyarázni, de eleinte kevés eredménnyel), ami szokatlan volt az akkori és itteni társadalomtudományi gondolkodásmód számára, amely csak „objektív” és „makroszociológiai” törvényszerűségeket kívánt elismerni. Ez az elzárkózás sajnos arra vezetett, hogy a hatvanas évek közepé-

re a szociálpszichológia elfogadása csak az experimentális, laboratóriumi megközelítésre vonatkozott, a Szovjetunióban is és nálunk is. A kísérlet a materializmus elveire tudott appellálni, sajnos a marxizmus másik alappillére (amely pedig a marxizmus klasszikusainak írásaiban világosan megfogalmazódik), a történelmi materializmus figyelmen kívül marad. Pedig a kísérletes szociálpszichológia paradigmáját véve alapul, Marx és Engels állításainak sora a különböző társadalmi-történelmi eseményekről, a társadalom és az ember viszonyáról stb. merő spekulációnak, „arm-chair philosophy”-nak mutatkozott volna... Talán messze vezet vagy egyenesen vakmerőnek tűnhet említeni, hogy az új, interpretatív paradigma, az „implicit” pszichológia és szociológia növekvő értékelése esetleg még arra is alkalmas, hogy olyan társadalomátalakító elméletek ismeretelméleti háttére is legyen, mint a marxista társadalomelmélet és emberkép.

A szociál- és szervezetpszichológia tehát nyilvánvaló áttérési fázisban van a természettudományokat utánzó, szűken értelmezett empirikus megközelítésből a komplex, a mindennapi megismerés és kognitív viselkedésvezérlés elveit jobban tekintetbe vevő módszertani szemlélet felé. Ez utóbbi jegyében a megfigyelés lépett előtérbe a módszerek között, továbbá a megfigyeléssel szerzett adatok értelmezése, ebben maradt helye a matematikai módszereknek és a kontrollnak, de a fő szerep a fogalmi elemzésé, és ebben számos új elméleti irányzat ad támpontokat.

A tárgyalt kérdéseket igen részletesen lehetne kifejteni és argumentálni, ez tulajdonképpen monografikus terjedelmet igényelne. A gondolat sor befejezésésként esetleg megkockáztathatjuk azt az állítást, hogy a szociálpszichológiában is és a szervezetpszichológiában is talán mindig a hétköznapi problémaérzékenység és a natív helyzetelemzési készség volt az irányadó, csak a kísérletes elv uralma miatt ezt „disszimulálni” kellett. Számos példát lehetne erre hozni. Jellegzetes példa erre a szervezetpszichológia egyik alapkísérlete, az ún. Hawthorne-kísérlet, ami a csoportdinamika számára is kiindulópontnak számít (Homans 1950 stb.). Az erről beszámoló eredeti közlemény (Roethlisberger, Dickson 1939) a kísérletről még hűségesen számot ad. Am mint ez más tudományterületeken is lenni szokott, a klasszikusokat később kevesen olvasták, csupán a vizsgálat konklúziója, a kis csoport – az informális csoport – döntő jelentősége vált ismeretessé. Pedig még az ötvenes évek elején is jelent meg olyan szociológiai-szociálpszichológiai módszertani kézikönyv, amely ebből a vizsgálatból kiindulva hangsúlyozza a Bogers-féle nondirektív interjú jelentőségét a társadalomtudományi kutatásokban, éppen a komplex összefüggések megragadása szempontjából (Madge 1953). A korszak uralko-

22. A módszerek problémája a szociál- és szervezetpszichológiában

dó társadalomtudományi módszertani tankönyvében azonban mindezekről már nincs szó, itt a második világháborús katonai szociológiai és szociálpszichológiai vizsgálatokban vezető szerepet kapott, szorosán vett empirikus metodikák találhatók csak (Goode, Hatt 1952), tehát azok a módszerek, amelyek a *The American Soldier* című, többkötetes reprezentatív kiadványban szerepeltek. Ugyanez a „sztori” több más kutatási témáról is elmondható (pl. referenciacsoportok, identitás, self stb.). Itt lenne az ideje annak, hogy ezek a korai kezdemények ma teljes polgárjogot nyerjenek, módszertani vonatkozásban is.

III.
PSZICHOTERÁPIA ÉS
MENTÁLHIGIÉNÉ
A) NÉHÁNY
SZEMLÉLETI KÉRDÉS

23. Rogers és a személyközpontú irányzat a mai pszichoterápiában

Carl Rogers iskolája napjainkban a pszichoterápia egyik vezető irányzata. Az iskolának az idők folyamán többféle megnevezése volt. Rogers eleinte nem akart elkülönülni, valami újat alapítani. Gyakorlati módszert keresett, aminek segítségével viszonylag rövid időn belül hatni lehet emberekre, meg lehet változtatni beállítódásaikat és viselkedésüket a legkülönbözőbb alkalmazási vetületekben. A harmincas években, amikor Rogers tevékenysége kibontakozott, csak a pszichoanalízis állt rendelkezésre mint tudományosan megalapozott pszichoterápia, ennek viszont terepen korlátozott volt a használhatósága, a klasszikus analitikus szituáción kívül. Mind több rendelés és tanácsadó központ nyílt azonban, ahová problémás, bajba jutott vagy neurotikus emberek segítségért fordulhattak, és az ilyen helyeken dolgozó szakemberek valamilyen speciális módszert igényeltek. Számukra dolgozta ki Rogers a tanácsadás módszereit. Sokáig nem is tartotta pszichoterápiának azt, amit csinál, nyilván ekkor a pszichoterápia szigorúbb definíciója, a pszichoanalízis modellje lebegett a szeme előtt. Később saját elméleteit és metodikáját a megközelítésmód fogalmával fejezte ki, és csak az életmű utolsó évtizedeiben fogadta el az irányzat, iskola vagy – elvontabb értelemben véve – a módszer elnevezést. Közelítésmódját hosszú ideig váltakozva hívták nondirektív vagy kliensközpontú módszernek, és csak nemrég tevődött át a hangsúly a személyközpontú jelzőre. Ma használatos egy átfogó elnevezés is, aminek hallatán elsősorban Rogers irányzatára gondolunk, a humanisztikus pszichológia. Ez azonban többféle gondolatrendszer gyűjtőfogalma, kifejezi Charlotte Bühler holisztikus személyiségelméletét, Rollo May és mások egzisztencialista lélektanát, Maslow személyiségfelfogását és általában az ún. szelfteóriákat. A humanisztikus pszichológián belül Rogers rendszere azért került középpontba, mert az egyetlen elmélet, amelynek alkalmazható terápiás technikája és terápiás elmélete van. De történetileg is a Rogers körül tömörülő növekvő tábor volt a magva azoknak, akik az ötvenes években a humanisztikus pszichológiát mint az amerikai pszichológia és pszichoterápia ún. „harmadik erejét” (third force) – a pszichoanalízis és a behaviorizmus melletti harmadik főáramát létrehozták.

Maga ez a fejlődés is érdemes közelebbi vizsgálatra. Rogers irányzatának megjelenése előtt nem volt példa arra, hogy pszichoterápiás iskola szövetkezett volna valamely más iskolával, vagy pszichoterápiás rendszeralkotó elfogadta és beépítette volna elméleteibe más szemlélet koncepcióit. Ismerjük a pszichoanalízis fejlődéstörténetének szüntelen határvédelmi villongásait, a lefűződő iskolák máig tartó elkülönülését, sőt, az egymás mellett egzisztáló intézetek és csoportok elzárkózását egymástól, annak ellenére, hogy legtöbbször sem elméleti, sem módszertani nézeteltérés nincs közöttük. És ismerjük a viselkedésterapeuták gögjét – hübriszt –, ami az összes többi „tudománytalan” módszer lebecsülésében nyilvánul meg. Egyik nagy áramlat sem tudta megnyitni határait, s mert az állítást a pszichoanalízissel kapcsolatosan szükségtelen is argumentálni, inkább az igényelne némi magyarázatot, hogy miért nem tekinthető igazi nyitásnak a behavior terápiákon belül az ún. kognitív fordulat.

Rogers és tanítványi köre sohasem igyekezett őrizni a határait, és ennek jele az egyesülés a humanisztikus eszme, a szelf elméletek, ill. a személyiség ún. növekedési (growth) modellje jegyében. Igaz, Rogers irányzata számára nem is volt olyan tét, érdek, ami az elkülönülést motiválta volna, míg a pszichoanalízis számára ott volt a képzés és a terápia piacszabályozási” feladatkörre, továbbá a cél, hogy behatoljon a medicinába és a pszichiátriába és magához vonja ennek kontrollpozícióit, vagy pedig a behavior-terápiák számára az akadémiák, egyetemek, tanszékek és kutatóintézetek feletti uralom, amely egyben a mögöttük álló állami és alapítványi pénzforrások uralását is jelenti. Ilyen értelemben Rogers iskolája sohasem jelentett hatalmat, igazi társadalmi-institucionális erőt, hanem inkább eszmei erőt képviselt (jóllehet egyes intézményei vagy egyes országos szervezetei jelentős struktúrákat fejlesztettek ki és komoly erőforrások felett rendelkeznek). Maga ez a nyitottság is alapvető érték Rogers rendszerében, amely soha nem igyekezett semmit „szabadalmaztatni” koncepcióiból, nem engedte soha befolyásra az ortodoxiát, folyamatosan átvett és átadott eszméket. A személyközpontú megközelítés – ma már látható – harmonikusan fog beolvadni a személyiséglélektan és a pszichoterápia fejlődésébe, történeti szakaszként marad önálló és nem hagy hátra megcsontosodott és önmagát túlélő intézményeket és szakmai szervezeteket. A nyitottság és a „nonposszesszív” iskola és rendszeralkotás nyilvánul abban, hogy Rogers sokféle tudományos folyamatot termékenyített meg, és ezért az irányzat sohasem igényelte az elismerést. Számos – szinte meghatározó – hatásról még az irányzaton belül is alig tudnak. Ki tudja pl., hogy a nondirektív segítő viselkedés technikája, az ún. „terapeuta-változók”

megvalósítása volt a szociológiában és szociálpszichológiában az ún. mélyinterjú vagy a struktúrálatlan interjú alapmodellje? A szociológiai módszertan régi tankönyvei (pl. Madge 1954) bőven írnak erről. Ki tudja azt, hogy Rogers nemcsak úgy volt úttörő a csoportkutatásban és a csoportpszichoterápiák kibontakozásában, hogy chicagói éveiben, 1947-től kezdve nemcsak csoportokat vezetett egyetemistákkal, betegekkel – kliensekkel –, hanem kiképzési célokra megalkotta az encounter-csoportok első modelljét is és felhasználta arra, hogy felkészítse a hazaáramló második világháborús katonák pszichológiai ellátására a szakembereket, az alakuló Veterans Administration intézményein belül. 1947-ben indultak meg a tréningcsoportok is Lewin iskolájában, Bethelben, a National Training Laboratories keretében, de ez az esemény sokkal ismertebb, mint Rogers említett tevékenysége. De ő nem csak így hatott, egykori munkatársai voltak a híres Hawthorne-kísérlet szakemberei, akik a General Electric üzemében vizsgálódva felismerték a kiscsoport – az informális csoport – és a csoportdinamika jelentőségét, és akiknek publikációja a kiscsoportkutatás, de egyben az ipari, ill. üzemi szociálpszichológia, a Public Relations mozgalom kiindulópontja is volt. Mindez világosan kitűnik a publikációból, Roethlisberger és Dickson 1939-ben megjelent *Management and the worker* című könyvéből, de ezt ma már alig olvassák. A kérdés megismerhető a szakirodalomból, Rogersnek számos közös publikációja van Roethlisbergerrel, ez a Rogers-életmű felől is szembeötlik. Talán van erről a hatásról néhány Ph.D. disszertáció is az évente tízezerszámra elkészülő ilyen munkák között, de hol ennek az „érdekessége” attól, hogy Freudnak milyen szerepe volt a kokain alkalmazásában, vagy hogy miként képzelte el az érzékelést és az inger feldolgozását az „Entwurf”-ban vagy az Álomfejtés hetedik fejezetében. Ezekről könyvtárnyi irodalom van, és ez tananyag a jobb analitikus intézetekben.

Rogers a pszichoterápiás kutatás kezdeményezője és úttörője is. Már a negyvenes években kialakították tanítványai a különböző skálákat, amelyekkel a képzési folyamatban a módszertanulás fázisait mérték. Rogers ösztönözte a „Q-sort” módszer kialakítását (Stephenson 1953) és az ő irányzatában használták is először. Még jóval Eysenck ismert kihívása előtt kezdődtek Rogers hatókörében a pszichoterápia effektivitására vonatkozó vizsgálatok. Bibliográfiailag kimutatható, hogy pl. a pszichoterápia nem-specifikus tényezőinek felismerése a kliensközpontú megközelítésből nőtt ki. Nagy jelentősége volt annak, hogy Rogers igen pragmatikusan, de mégis tudományos fogalomkezelési elvek alapján leírta a pszichoterápia négy viselkedési alapfeltételét, amelyeket a terapeutának kell megvalósítania. Egyik koncepciót sem ő

találta ki, mindegyiket a pszichoanalízisből vette, ezt nem is bocsátják meg neki az analitikusok, noha nyílt átvételről és nem „elorzásról” volt szó. A négy koncepció mégis igazi kreatív teljesítmény volt, mert flexibilis kiképzési rendszer létrehozását engedte meg, amely kiképzés fokozatokra és nagyságrendekre volt bontható, és amelynek segítségével nemcsak orvosok és pszichológusok válhattak segítőtvé, tanácsadóvá vagy terapeutává, hanem szociális gondozók, papok, ápolónők, vagy akár laikusok is, pl. akik segélyszolgálatokban dolgoztak. Napjainkban a kiképzés szervezett és diszciplinált lebontása egészen az önsegítő csoportokig vagy a közösségszervezési, közösség-facilitációs kísérletekig terjed.

Nem kell részletezni, milyen fejlődést indított meg az empátia explicitté tétele, reflektorfénybe állítása. A pszichoterápiás kutatásban nagy jelentőségre tett szert az empátiásan megérett élménytartalmak verbális visszatükrözésének vizsgálata. Még kimerítetlen a kongruencia elvének tudományos tematikája, de már sokféle áramlaton és konceptuális csatornán át mind több ismeret kerül erről felszínre. Rogers gondolatrendszerének óriási érdeme, hogy először e terapeuta-változók keretében indulhattak meg a pszichoterápiás hatás és folyamatkutatások, majd pedig ez a keret tágult a „kliensváltozók” és a „folyamatváltozók” rendszerével, és ezzel megtörtént a harmonikus nyitás a behavior-terápiák szigorúbb módszertani követelményei felé. Ez különösen a Rogers-féle irányzat német recepciójában szembeűnő, amelyet Nyugaton a Tausch-házaspár (1979) és az ún. Gesprächspsychotherapie, Keleten Helm munkássága (1979) képvisel. Az ötvenes években rendszerezett Rogers-elmélet és terápiás metodika (Rogers 1957, 1959) természetesen sok kritikát kapott, jogosan, és a hetvenes évek végére már nem volt tartható az a felfogás, hogy pl. az empátia alkalmazásának mértéke önálló tényező a pszichoterápiás hatásban. Ilyen kérdések körül azonban nem alakultak ki különösebb frontok, a viták tárgyilagos közegben folytak, hiszen Rogers rendszere „falszifikábilis”, bevallottan ideiglenes, átmeneti helyzetkép, szemléleti összefoglalás, és nem a mélylélektani felfogások szellemében értelmezett elmélet. Ez szépen kitűnik a neves Koch-féle kézikönyv két kitűnő fejezetének, David Rapaport írásainak (1959, 1960) és Rogers mindmáig legösszefogottabb szummációjának összehasonlításával. Koch kitűnő és máig is páratlan szempontrendszert írt elő minden társszerzője számára, és ez Rapaportnak is, Rogersnek is lehetővé tette, hogy újszerűen fogalmazza meg az általa képviselt elméletet. A pszichoterápiás kutatásban Rogers koncepciói a szükséges korrekciókkal, átértelmezésekkel, fogalmi bontásokkal élnek tovább, erre ismét az empátia a jó példa. Gladstein és munkatársai 1987-ben megjelent monográfiája erről a

gyakorlat számára egyszerűen is leírható jelenségről egészen kisléptékű és részletes térképet rajzol és egészen beható kutatás számára teszi hozzáférhetővé. Részben a nemspecifikus tényezőkön át, de önmagában is, Rogers elmélete lehetne a mátrix a pszichoterápiák integratív értelmezése számára. A pszichoanalízis és a viselkedésterápiák közötti kapcsolatkeresés sokkal hatékonyabb lehetne, ha közbeiktatódná a személyközpontú megközelítés. A Rogers-féle iskolával való párbeszéd a pszichoanalízis három, legtöbbet vitatott és a fejlődést legjobban akadályozó koncepciójának megértését segíthetné elő, e koncepciók: ellenállás, indulatátvitel, interpretáció. A Rogers-féle felfogás alternatív magyarázata ezekről igen figyelemreméltó, és ha itt lehetne vita, olyan vita, amilyen a pszichoterápiás kutatásban a Rogers-féle koncepciókról természetszerűen folyik, ha a pszichoanalízisben egyáltalán megengedhető lenne észrevenni valamit, ami a doktrínán kívül esik, nagyon fontos tudományos és gyakorlati fejlődés származna belőle a pszichoterápia jövője számára. Ugyanakkor a viselkedésterápiák megértéséhez is nélkülözhetetlen lenne a személyközpontú koncepciórendszer, hiszen ma már a behavior-terapeuták is kénytelenek belátni, hogy nem csak, – sőt nem is elsősorban – a specifikus terápiás beavatkozások hatnak és vezetnek viselkedésváltozáshoz.

Míndezek a problémák nagyon bonyolult és szerteágazó elemzést, szakirodalmi bemutatást, kritikus összegzést igényelnének, erre talán ma és itt nálunk nincs is érdeklődés és fogékonyság. A magyar pszichoterápiás fejlődés szempontjából Rogers irányzatából talán az a legfőbb tanulság, hogy a személyközpontú megközelítés pragmatikus elméletének és kiképzési rendszerének kellene adnia a bázist minden segítő és fejlesztő pszichológiai alkalmazás számára. Ennek elveire és módszereire kellene megtanítani az orvosokat és a pszichológusokat is, elemi fokon az egyetemi képzésben, magasabb szinten a posztgraduális képzésben, és specialistaként a tanácsadó, krízisintervenciós, segítő vagy terápiás munkakörökben. Ehhez harmonikusan kapcsolódhatnának más, programozottabb, ugyancsak pragmatikus elvű módszerek, mint az autogén tréning, a szuggesztió vagy az imagináció, amelyek kiszélesíthetnék és célzottá tennék a terápiás viselkedést és kapcsolattartást, az élménytartalmak megértését megvalósító pszichológiai tevékenységet. Problémás emberek, kliensek és betegek túlnyomó többségének hatékonyan lehetne így segíteni, ha nem is mindig lehetne „meggyógyítani”, vagy mélyrehatóan megváltoztatni őket de olyan segítő hatást lehetne gyakorolni, amely nem iatrogén jellegű, nem szövődmenyes, és amihez más segítő hatás csatlakozni tud. Ilyen módon a segítő szakemberek viszonylag természetes és progresszív folyamatban fejlődhetnének, és szervesebb, valódibb identitásbázison specializálód-

hatnának érdeklődésüknek, személyiségüknek megfelelő, más terápiás iskola, sajátos szemléletet igénylő módszer felé. Ugyanis kliensekkel és betegekkel kialakult sokrétű és gazdag tapasztalatok birtokában lehetnének, és ezáltal nem állna elő az a ma már nyilvánvalóan hátrányos helyzet, ami nálunk sajnos tipikus, hogy a nagy irányzatok sokéves és ambiciózus képzésének megkezdése és folytatása megelőzi az elemi terápiás tapasztalatokat is. Kicsit olyan a helyzet, mintha egyetem – pl. orvostudományi vagy pszichológusi képzés – mellőzése mellett nyomban kutatóknak képeznék valakit, vagy más hasonlattal, orvostudomány után nyomban szívsebészeket vagy transzplantációs szakembernek képződik valaki. Ez lehetséges út, csak nagyon sok veszélyt rejt magában, egyoldalúságokhoz vezet, ill. azt eredményezi, hogy a szakember a szűk specialitáson kívül alig használható.

A személyközpontú irányzat alapképzései jól ellenőrizhetők, megfelelő tere van bennük az obszervációs és modellkövető tanulásnak, jól alkalmazhatóvá teszik az audiovizuális eszközöket, kapcsolhatók a Bálint-csoportokhoz és más kapcsolatformákhoz (alkalmasak a megfelelő csoportélmény és csoportkezelési jártasság megszerzéséhez is) és megteremtik mindazokat a feltételeket, amelyekből bármilyen speciális terápiás iskola felé lehet haladni a későbbiekben. Amíg a további fejlődés trendje el nem dől, nem következik be szemléleti lezáródás, hiszen a személyközpontú, humanisztikus irányzat nem igényli különösebb elméleti premisszákat elfogadását, nem ad végleges elméletet, ami tág – vagy ahogyan a kezdő mindig szeretné és próbálja hinni – egyetemes magyarázó elvrendszer, nem rak szükségtelen béklyókat a tapasztalásra. Ugyanakkor lehetővé teszi, hogy a pszichoterápia iránt érdeklődő szakemberek professzionális karrierjük első évtizedében is „üzemelő” segítők legyenek.

Rogers életműve és pszichoterápiás rendszere tehát a mai pszichoterápiának szerves és elevenen növekvő, ható része, gyakorlati oldala viszont a hazai fejlődés jelenlegi állapotában nagyon aktuális lehetőségeket mutat, amelyeket érdemes lenne végiggondolni, megvitatni és lehetőség szerint megvalósítani.

Ha a Rogers-féle irányzat terápiájának specifikus hatótényezőit keressük, a válasz egyszerűnek tűnik, specifikus a nemspecifikus faktorok zavartalan és tiszta érvényesülése a terápiában, amelynek nyomán a személyiség autoreparatív erői mozgósíthatók. A rogersi terápiában a személyiség nem kényszerül regresszióba, nem kerül kapcsolati csapdába, mint amilyenek pl. az indulatáttételes neurózis pszichoanalitikus reakciójában (mondhatnánk: műtermékében) mutatkoznak, és nem is fenyegeti a beteget a viselkedésterápiák tünetnyomó és interperszonális egyensúlyzavaró hatása. Specifikus továbbá

az encounter, a találkozás a figyelő, megértő, elfogadó másik emberrel. Ez a találkozás katalitikus hatású a belső integratív erők felszabadítása szempontjából. Specifikusan előny a Rogers-féle terápiában a kognitív rendszer quasi érintetlenül hagyása, vagyis az, hogy a beteg nem tanul új ideológiát és nomenklaturát élményeinek és viszonylatainak megragadására, és emiatt nem távolodik el, esetleg nem idegenedik el közvetlen környezetétől (mint ez többféle terápiában, amely szinte indoktrinálja a beteget a maga elméleteivel) megfigyelhető. A Rogers-féle módszer nem-jatrogén interjúkat és olyan terápiakezdetet enged meg, amelyek mindenféle irányba – másféle pszichoterápiás módszerek felé is – terelhetővé teszi a terápiás folyamatot. Specifikusnak tekinthető a módszerben a terapeuta felelősségének és feladatainak pontos megszabása, a terapeuta a módszerben bizonyos aktivitást és készenlétet kell megvalósítson, ami demonstrálható és ellenőrizhető, nem csupán képzettség függvénye (ilyen pl. az empátia készsége, az empátiásan nyert megértés visszatükrözésének feladata, a kongruencia, a feltétel nélküli elfogadás stb.).

A személyközpontú irányzat több, és mai fejlettségében más, mint a korábbi klienscentrikus terápia. Rogers pszichológiai szemléletmóddá, társadalmi mozgalommá, életfilozófiává, politikai problémamegoldó, ill. -kezelő technikává is tette irányzatát és idős korában már nem azonosította magát a korábban kodifikált terápiás módszer kötöttségeivel. Éppen eszmerendszeréből következik azonban ez, annak folyamánya, hogy nem akart iskolát teremteni. Ez viszont a terapeutáknak lehetővé teszi, hogy eklektikusan viszonyuljanak hozzá, és életművének azt a részét vegyék irányadónak, amit fel tudnak használni. A német követők által rendszerbe foglalt ún. Gesprächspsychotherapie az, amit leginkább alkalmazni lehet, ami világos képzési és terápiás gyakorlati irányelveket fogalmaz meg, és amely a saját irányzat keretein belül is lehetővé teszi a kutatást (Tausch, Tausch 1979, Helm 1979 stb.). A Rogers-féle terápiáról elmondottak leginkább a német felfogásra állnak, továbbá a korai Rogersre és első tanítványaira (Truax, Charkuff és mások).

24. Végleg el kell búcsúzni a „nondirektív” jelzőtől!

A Rogers-féle „kliensközpontú”, ill. „személyközpontú” terápiás irányzatban a „nondirektív” (nem irányító, nem befolyásoló) jelzőnek sokáig kulcsfontossága volt. Rogers maga is egy ideig „nondirektív” módszernek nevezte irányzatát. A terápiás filozófia az volt, hogy a terapeutának csupán vissza kell tükröznie az empátiásan megértett pszichikus tartalmakat, és ezáltal elő tudja segíteni a másik emberben – a kliensben vagy a betegben – a személyiség önaktualizációját és problémáinak spontán túlhaladását. A terapeuták ezért nagyon sokszor élnek a hallgatás vagy a látszólagos, de valójában nem befolyásoló, tartalom nélküli reflexió módszerével. Ebből sok félreértés származik. A szerző különösen kiképzésben tapasztalja ezt. A pszichoterápia folyamata így valamilyen mechanikus modell szerint történik. A valóságban senki, soha nem lehet nondirektív, minden terapeuta mindig valamilyen módon befolyásolja páciensét. Ha ezt nem tudatosítja, az csak annál rosszabb számára, mert teljesen szkotomizálja, elkendőzi, hogy mi történik.

A szerző ezt példán demonstrálja. A páciens a következőket mondja: „A főnököm már megint kitolt velem.” A nondirektív terapeuta erre általában nem mond semmit, legfeljebb annyit, hogy „hmm”, és vár a további közlésekre. Vagy pedig átfogalmazza a páciens mondatát, mintegy empátiásan kifejtve azt. Ilyenkor azonban minden, csak nem nondirektív, mert nagyon sokféle irányba terelheti a páciensét. A hallgatás pl. elárulhatja, hogy nem figyel a terapeuta, tükrözhet unalmat, kísérheti érdeklődést kifejező mimika, de megnyilvánulhat benne öröm (pl. hogy a páciens végre megfogalmazza negatív érzelmeit apaként tisztelt főnökével szemben), de produkálhat ezzel együtt mérget vagy csalódást kifejező metakommunikációt is a terapeuta. Az empátiás átfogalmazás tartalmi változatai, szórendiségei mind különböző hangsúlyokat és irányokat fejezhetnek ki, amelyek szinte meghatározzák, hogy a páciens később miről és hogyan fog beszélni. Attól függ pl. sok minden, melyik szóra esik nyomaték, milyen utalás rejlik a terapeuta szavaiban stb. A szerző többfajta, tucatnyi rejtett befolyásolási utat, irányt demonstrál – mintegy a kiindulópontnak kiválasztott páciens mondat folytatásaként –, amelyek a kom-

munikációt különböző irányokba terelik. Ezeket változócsoporthoz bontja. A példák rendkívül jól mutatják, hogy egyszerűen lehetetlen a pszichoterápiában vagy a pszichológiai tanácsadásban nondirektív, tehát nem irányító lenni.

A szerző hangsúlyozza, hogy valamennyi – példaként felsorolt – terápiás irányítás, terelés lehet jó és lehet rossz, ez a páciensről, a helyzettől, a kapcsolat kontextusától, a terápiás céloktól stb. függ. Elkerülhetetlen a befolyásolás, nem is kell ezért küzdeni ellene, de feltétlen tudni kell, milyen irányba viszi a terapeuta a páciens, ill. a kliens. Ha nem tudatos és célirányos a terelés, akkor nagy valószínűséggel hibás a terápiás munka. A képzés és a továbbképzés során arra kell összpontosítani, hogy a terapeuta képes legyen erre a tudatosításra. Erre önvizsgálat, önkontroll, kontextusérzék, a nem-verbális kommunikáció megértési ügyessége, ill. tudatos kezelése teheti képessé. A nondirektív jelző könnyen elfedi ezt a problematikát, ezért használatát célszerű elkerülni.

(Ref.: A cikk rendkívül aktuális. Különösen nálunk, ahol a pszichoterápiás kiképzésben a pszichoanalitikus szemlélet az irányadó, és nagyon elterjedt még az eredeti freudi nondirektivitás, a „visszatükröző analitikus viselkedés” modellje. A kiképzések és továbbképzések során nálunk különösen szembe-tűnő, mennyi zavart okoz a nondirektivitás koncepciója. A legtöbb fiatal szakember úgy érzi, ha nem szól, ill. nem értelmez, akkor nondirektív marad. Közben akaratlanul is manipulál mind a kontextussal, mind a metakommunikációval, ill. a helyzetből eredő sokféle nem-verbális jelzéssel. Ebből a terápiában nehezen átlátható és tisztázható információs áramlások erednek. A szokványos „indulatáttételes neurózis” gyakran a nondirektivitási törekvés okozta konfúzióból ered. Ezért valóban legfőbb ideje lenne elbúcsúzni ettől a nagy múltú fogalomtól és a pszichoterápiát kommunikációs rendszernek tekinteni, amiben – a kommunikációelmélet alaptétele szerint – lehetetlen nem kommunikálni, ezért egyetlen lehetséges megoldás a kommunikációk vállalása és tudatosítása.)

25. *Életközeli pszichiátria*

Dörner és Plog könyve először 1978-ban jelent meg, és mindmáig ez az egyetlen szisztematikus tankönyv, amely a pszichiátriát a hagyományostól eltérően gyakorlatilag teljesen a szociálpszichiátria szempontjából mutatja be. Erősen kifejeződik a tankönyvön a pszichiátria kritikai irányzatainak, különösképpen az ún. antipszichiátria áramlatainak hatása is. A tankönyv a legkorszerűbb szociálpszichiátria szemléletét tükrözi. Ez azt jelenti, hogy a hangsúly a szintézisen van, nemcsak a társadalmi és a társaslélektani tényezők kapnak hangsúlyt a megbetegedési folyamatban, a beteg viselkedésének befolyásolásában és a gyógyításban, rehabilitációban, hanem a biológiai és a pszichológiai szabályszerűségek is. Mint a modern szociálpszichiátria, Dörner és Plog munkája is komplex rendszerként fogja fel az embert, amelyben a szervezet, az élményvilág és a magatartás szerves egységben működik és válik kórossá. A könyvben igazában az az új, hogy a reflektorfény ráirányul a megbetegedés interperszonális összefüggéseire is, és a beteg ember a terápia szempontjából sem mint individuum jelenik meg, hanem az orvos-beteg kapcsolat, ill. a gyógyító közösség és a beteg kapcsolata részeként. A pszichiátria tárgyalása – tankönyvekben egyedülálló módon nem is a beteg vagy a betegségek leírásával kezdődik, hanem az orvos és a személyzet motivációinak vizsgálatával és a terápiás attitűdök tudatosításával. A könyv rejtett előfeltevése, hogy a pszichiátria gondolkodásmódja és terápiás közelítésmódja azonos a mindennapi tudatával, a mindennapi megértésből és gondolkodási kategóriáiból vezet le és mutatja be ezért a kórképeket, tünetegyütteseket. Nem csupán stiláris fogás, hanem szemléleti elkötelezettségből fakad, hogy a két szerző ritkán használja a beteg vagy a páciens fogalmát, hanem sajátosan viselkedő, sajátos társaslélektani játszmákban rögzült emberről beszél, amikor egy-egy betegségegységet, nozológiai kategóriát ír le. Ismerteti a kóros viselkedés lényegét, majd a gyógyítóval való találkozás jelenségtani aspektusaiból bontja ki azokat az ismereteket, amelyeket a klasszikus tankönyvekben a tünettan és a nozológia leírása ad, ezután ismerteti a beteg saját észlelését és tudati működéseit, ill. érzelmi reakcióit önmagával és a betegséggel kapcsolatosan, ezután tér rá a terápiára és a rehabilitációra. A kötet szerkezete is érdekes, a betegséget nagy csoportokra osztja, a funkcionális pszichózisok az első csoportban mint a saját énnel, saját személyiséggel való öngyötrő, szenvedő viszony betegségei bontakoznak ki, a neurózisokat mint kapcsolatban szenvedő emberi

megnyilvánulásokat jellemzi, az organikus képeket mint a testben történő szenvedés változatait ábrázolja. Érvényes a kötetre egy másik felosztás is, az első fejezet a pszichiáterről és a gyógyítóról szól, a következő második fejezet a betegről, majd a hátralévők a pszichiátriáról mint társadalmi intézményről a maga széles társadalmi rendszerközegében. Ez utóbbi részben szisztematikusan tárgyalja a pszicho- és szocioterápiát, valamint a rehabilitációt és a reszocializációt.

A könyv igen olvasmányos, nagyszerű stílusban megírt, nagyon jól tagolt munka. Minden pszichiáternek el kellene olvasnia, mert ismeretileg, tényszerűen új, vagy konkrét álláspontjában markáns és eredeti megállapítás ugyan nincs benne de az egész szöveg mégis újszerűen, a korszerű pszichológiai antropológia és fenomenológia szemszögéből ismerheti meg belőle az olvasó az elmekörtant, elmegyógyászatot. Sokkal világosabbak lesznek így az olvasónak az antipszichiátriának nevezett erőfeszítések és a különféle, a szociálpszichiátria fogalomkörében összegyűjthető pszichiátriai reformtörekvések.

Dörner és Plog eredetileg úgy írta a tankönyvét, hogy a hivatalos német egyetemi vizsgakérdésekre is megadható legyen belőle a válasz. Mint a klasszikus pszichiátria német tankönyvei, ez a könyv is tartalmazta a kérdések listáját és a kérdésekre vonatkozó részek jegyzékét. Ez a szerkesztési mód most eltűnt a harmadik kiadásból. Bizonyára azért, mert nagyon kevés egyetem fogadta el a kötetet tankönyvnek, holott a szerzők az új kiadás előszavában elégedetten említik, hogy szakkönyvben páratlan könyvsikert értek el, a két kiadás több mint 100.000 példányban fogyott el. Ez nyilván azt is jelenti, hogy nemcsak pszichiáterek, pszichológusok és más segítő szakemberek, hanem művelt laikusok is olvasták. A recenzens tapasztalatai szerint Németországban és Svájcban a könyvet leginkább a szociális gondozók, a gyógypedagógusok és a felnőttneveléssel foglalkozó szakemberek értékelik, a pszichiáterek bár ismerik, nem tudják elfogadni, nem tudnak eltérni a hagyományos elmekörtant objektíváló, természettudományosnak tartott, leíró szemléletétől. Talán ezért sem tudott a kitűnő könyv betörni az egyetemekre. Medikus vagy egyéb hallgatókban kellene pedig a könyvet elolvasni, ám akkor a német nyelvterületen is, mint a világon mindenütt, a diákok csak azt olvassák, ami kötelező, ami a vizsgán kell. Ez az egyetemek nagy felelőssége és ez a szemléleti konzervativizmus túlélésének és – gyakran bővített újratermelésének legfontosabb mechanizmusa.

Pedig Dörner és Plog könyve óriási teljesítmény, mérföldkő a pszichiátria fejlődésében, ebből lehet igazán megérteni, hogy a biológiai pszichiátria és a

farmakopszichiátria fejlődése egyáltalán nem áll ellentétben a szociálpszichiátriával, viszont megfelelő pszichológiai és szociálantropológiai társadalomtudományi szemlélet nélkül a pszichiátriai gyógyítás nem lehet megfelelően humanizált és hatékony.

Egyetlen kritikai kifogás említhető a könyvvel kapcsolatban, sajnos a tipográfia nem jól sikerült (az első kiadásban jobb volt), így nem domborodik ki, nem eléggé szembetűnő a szöveg kitűnő logikai felépítettsége, tagoltsága. Ez nyilván nehezíti a kezdő olvasó vagy a leírtakat elsajátítani, megemészteni igyekvő dolgát.

26. A pszichoterápiás képzés reformjavaslata

Napjainkban a pszichoterápia egészében is forrong, belső feszültségekkel teljes, és különösen problematikus benne világszerte a képzés. Általában egyes irányzatok, iskolák alakítanak ki képzési rendszereket. Tucatnyi főbb iskola különült el, és a kisebb – ám a képzésben és a terápiás munka végzéséhez szükséges „jogosítvány” terén önállóságra törekvő – iskolák százaival találkozhatunk. A képzés alapmodelljét a pszichoanalízis hozta létre, ma nemcsak a belőle kiszakadt áramlatok viszik ezt tovább, hanem még az ellenpólusként keletkezett, szemléletileg teljesen más iskolák is ezt követelik. A modell: a képzés szigorú kontrollja, különböző gyakorlatok óraszámszerű előírása, meghatározott elméleti anyag megkövetelése. Így egyszerűen leírva a módszertanítás folyamatát, a képzési modell jónak tűnik. A valóságban azonban a kontroll túl szoros, ez szemléleti és eljárási indoktrinációt, ortodoxia-kultuszt eredményez, hiszen a szoros kontroll révén a gratifikációk a képzési ideálhoz, vagyis az ortodoxiához közel álló képzeteket preferálják. Az ún. sajátélményt (helyesen: a saját szelf működéséről szerzett élményt) megkövetelő képzési rendszerekben a kontroll még szorosabb, a szülői információkontrollal izomorf, ennél fogva az indoktrináció a regresszió át még erősebb. Ennek igen sok a diszfunkcionális vonása. A képzésben jelentéktelenné válik a képesség és a teljesítmény, ami minden más hatékony képzési módban elsődleges (már a céhlegénytől is megkövetelték a „remeket”, a megfelelő vizsgamunkát), a fő kritérium a kijárt iskola, az eltöltött idő lesz, és a „megfelelő” képző vagy szupervizor. A perszónifikált képzési elismerés „bizantin” szelekciós és affiliációs mechanizmusokat indít meg, már a képzésre való felvételnél kezdődik a rejtett folyamat, hogy valakinek meg kell nyerni a tetszését, aki majd a képzési rendszerben az illetőt képviseli. Az eredmény az „éveire mester” kiképzett személy lesz, akinek egész szakmai szocializációja a rendszer fenntartásának és a változással szembeni ellenállásnak irányába hat. A képzési modellnek sok más, nem részletezendő diszfunkciós eleme van, a kritikusok azt a nagy kárt emelik ki, hogy a kutatás és a terápiás munka is beszűkül, az irányzatok között szinte semmi kommunikáció nincs, az irányzat halad az „önérvényesítő prófécia” kátyújában, kiválasztja az adott módszerekkel és az azokban rejlő nemspecifikus feltételekkel befolyásolható eseteket és az eze-

ken elért eredményekkel igazolja önmagát. Katasztrófális lehet az a mellékhatás, ill. ártalom, hogy a képzési rendszerekből eredő zártság hovatovább az egész pszichoterápiát diszkreditálja a medicinában, számos társadalomtudományban és a művelt közvélemény előtt.

Ezt a képzési modellt ellenőrizetlenül vettük át mi is. Nemcsak nem tehetünk mást, de a hatvanas és hetvenes években az uralkodó ideológia és a vezető pszichiáterek ellenségessége miatt az iskolákat képező csoportosulások csoportdinamikai hátteret is adtak az identitás megerősödéséhez és a pszichoterápiás munkához. Szükségszerű, hogy nálunk a különböző irányzatok kialakultak, talán hasznos is működésük, és minden megfontolás azt mondhatja, hogy fejlődésüket támogatni kell. De vigyázni kell arra, hogy más, eddig meg nem honosodott iskolák is kialakulhassanak. Már is megfigyelhető azonban egy sor hátrányos megnyilvánulás, többnyire éppen a képzés körül. Ilyen a restriktív viszonyulás a többi iskolához, az „incommunicado” szellem a más felfogásával szemben és ennek indoktrinációja a képzettbe. A restriktió éppen a képzési „piac” ualmával kapcsolatos. A képzők többsége terápiával már nem foglalkozik, csak képez és szupervideál, irányzatszervezési ügyekkel foglalkozik. A képzésbe egyre fiatalabb és tapasztalatlanabb emberek kerülnek bele a segítő szakmákból, az iskolaválasztás esetleges, presztízmomentumokkal meghatározott, semmiképpen sem az aktuális munkaszükségletekből vagy a munka keretében kialakult érdeklődésekből ered. A legtöbb képzett személy a képzés lépcsőfokain magasra felhaladva keresi magának a terápiás feladatokat, amelyek a jelenlegi munkakörökben ritkák vagy teljesen hiányoznak. A jelenlegi munkakörök ugyanis kemény szervezeti realitásokban gyökereznek, ill. ilyeneket tükröznek és ezek mégis azok a keretek, amelyekben dolgozni kell és pszichoterápiát kell végezni. A képzés így rendkívül elszakad a gyakorlattól, magasan képzett fiatal szakemberek is inkompetenciájukkal tűnnek ki a szervezeti közegben, kommunikációképtelenek, kreativitásuk minimális, viselkedésük paranoid a szervezeten belüli helyzetük és a képzés nyomán kialakított magas önértékelésük, a képzési rendszerben megszerzett quasi „tisztí” rangjuk ellentmondása miatt. Az irányzat dominanciája a gondolkodásban, tapasztalatszerzésben, olvasásban és szakmai kommunikációban beszűkülést, a szakmai személyiségfejlődés „foreclosure”-jét hozza létre. Hátrányosan hat az irányzati képzés díjazásos rendszere (ez ismét szükségszerűség volt, hiszen hiába kértünk az elmúlt 20 évben feltételeket az állami szervektől más képzési módokra), az így hozott áldozat olyan kognitív disszonanciát hoz létre, amely a képzettet rögzíti iskolájához. Somerset Maugham Christmas Holiday című regényének zárósorát parafrázálva, a

legtöbb képzett számára „kiesne a világ feneke”, ha a doktrínát és a tanult módszert nem egyedül üdvözítőnek és abszolútnak tekintenék. A munkahely szempontjából a jól képzett terapeuták is többnyire használhatatlanok, ha a teljesítmény kicsit is számít és ha nem jön létre a képzett személy és a munkahely között olyan „kollúzió” (összejátszás), hogy a képzettet „hagyják” és ő dolgozik, vagyis maga szabja meg, hogy az adott körülmények között mit tehet, érdeklődésének súlypontját egyre inkább magánygyakorlatába helyezi, ahol kiválaszthatja a módszernek megfelelő eseteket, vagy pedig – ha anyagi szükség szorítja – engedményesebb kritériumokkal felvett betegekkel lényegében ugyanúgy „beszélget”, foglalkozik, mint ahogyan a képzetlen kezdő is teszi, ha pszichoterápiához hasonló munkát próbál végezni, vagy ha a beteg nagyon kötődik hozzá.

Ha szinoptikusan tekintjük át a különböző irányzatok képzési terveit, látható, hogy az intézményben dolgozó klinikai pszichoterapeuta tevékenységének és problémáinak nagy része lefedetlen marad, egyszerűen nem jelentkezik a képzési tervben. Tehát nem célszerű a pszichoterapeuta „étlapszerű” képzése, vagyis a választás a különböző irányzatok és szakmai csoportosulások képzési programjából, és az sem célszerű, ha egy-egy irányzat képzésének adeptusait automatikusan elfogadják pszichoterapeutának. Eddig ez utóbbi volt a hazai pszichoterapeuta-cím elnyerésének kritériuma, ill. a különböző képzések igazolása, amely sajátos papírhajszát indított el. Most azonban eljött az az idő, amikor meg lehetne próbálni a képzés problémáját új szempontból megközelíteni. A meghonosodott irányzatok képezzék hagyományos rendszerük szerint a szakpszichoterapeutákat, akik amúgy is külön névvel jelölik majd identitásukat, amelyet háborítatlanul viselnek, vagyis viselkedésterapeuták, pszichoanalitikusok, jungi vagy tranzakcionális analitikusok, csoportpszichoterapeuták, hipnotisták stb. lesznek, de képezni kellene pszichoterapeutákat, akik a főbb irányzatok gyakorlatban legszükségesebb részét elméletben és gyakorlatban tudják. A hangsúlyt a transzparens, obszervábilis képességen kellene tartani, azon, hogy a jelölt kielégítően végzi az ambuláns vagy fekvőbeteg klinikai esetek pszichoterápiáját. Vagyis: tud a beteggel kommunikálni, kapcsolatot kialakítani, fenntartani és felhasználni, tudja az esetet koncipiálni, tekintetbe tudja venni az eset rendszerösszefüggéseit és a kezeléssel járó szervezeti problémákat (a beteggel kapcsolatos felelősségi viszonyok, az intézményes felügyelet problémája, a kommunikáció a betegről, a beteggel kapcsolatos dokumentáció és „elszámolás”, a koterápia és a team-munka lehetősége, az adjuváns terápiák koordinálása és felhasználása, adott esetben végzése mások munkája érdekében stb.), meg tudja tervezni a

főbb, lehetséges kezelési algoritmusokat, amelyek közül a lehetőségek (feltételek, képzettségi viszonyok, együttműködések, a valóságelv parancsai – pl. időkötések, kötelezettségek stb. – a beteg életében stb.) szerinti optimálist választja. Ilyen további követelmény a terápia folyamatkontrollja, eredménymegállapítása, szövődménykezelése és megfelelő terminálása. Az ismeretekhez tehát a rendszerszemlélet, a személyiség önszervező és jövőorientált modellje, a strukturális defektusok és képességhiányok pszichoanalitikus elmélete, az akcióterápiák módszertana, a nemspecifikus terápiás hatások ismerete és alkalmazása, a krízisterápiák, fókális terápiák és csoportmódszerek elsajátítása tartozik, a klinikai feltételek között szükséges elemi szinten. A képzésnek intézményes bázison, tutorális rendszerben kellene folynia, konzultációk és fázikus értékelések formájában, ill. kb. évi két intenzív tanfolyammal. A konzultációk a tutoroktól függetlenül zajlanának, az egész képzést koordináló osztály végezné a tanfolyamok, a fázikus ellenőrzések és a vizsgáztatás munkáját. Az elméleti ismeretek feladott olvasmányok formájában lennének megszerezhetők, amelyekkel kapcsolatosan csak az olvasmányok és az intenzív képzések vitacsoportjai és tematikus szemináriumai nyújtanának segítséget. Egy-egy jelölt a képzés ideje alatt két-két osztályon és ambulancián dolgozik, itt megfigyelő, majd koterapeuta, ill. működik a tutor eleven szupervíziója, majd a team szupervíziója alatt. Ez utóbbi egyirányú tükör, képmagnós felvétel vagy más direkt módszer segítségével történik. Az ún. sajátélmény részint érzékenyítő tréningcsoport és szimulációs csoportgyakorlatok (szerepjátszási tréningek stb.) és pszichodráma, ill. Gestalt-gyakorlatok formájában történhetne meg, kisebb volumenben, mint ma a legtöbb képzés kívánja. Minden gyakorlat folyamán azonban a jelölt munkáját értékelik, a képző team a jelölt gyengéit és erőseit megfogalmazza, ennek során pl. akár indikálódhat is strukturáltabb sajátélmény szükségessége, amit a jelölt belátása szerint szerez meg, de számol azzal, hogy ennek hiánya miatt esetleges képességi hiányosságai képzését meghosszabbíthatják. Az ajánlott rendszer „abszorbeálhatóvá” teszi a hagyományos iskolákban megszerzett képesség, ill. a valódi „skillek” kérdését, nem a jelöltnek kell „beszámítani”, hanem a képző team regisztrálja örömmel, hogy a jelölt – szerzett képzettsége folytán – jobban kommunikál, feszültségtűrőbb, érettebb, bizonyos módszerekben kiemelkedően járatos stb., ezt igyekszik felhasználni, gyakoroltatni, csiszolni és kiegészíteni, és az egészen jól „tanuló” jelöltet akár hamarabb ki is engedheti, továbbküldheti megfelelő újabb fázisba.

Az ajánlott képzésben a lényeg a gyakorlás, az esetekkel foglalkozás kontrollált feltételek között, ennek folytán a tapasztaltabbtól tanács- és segítségké-

rés, obszervációs tanulás, amelynek közvetítője a tutor. A képzésben nagy jelentőségű az interdiszciplináris, eklektikus szemlélet, az irányzatok „nyelveinek” ismerete legalább alapszinten és az eset „többnyelvű” értelmezésének képessége. Követelmény kellene legyen a több irányzaton belüli olvasás, a nyitottság a különféle rendszerek fogalmai és módszertani javaslatai iránt. A képzés része, hogy a képzési idő alatt a saját munkakörén belül is gyakorolni kell a pszichoterápiás munkát és elvi szinten tudni kell koncipiálni a saját munkahely szervezeti és teamviszonyait, sajátos kommunikációs nehézségeit vagy éppen előnyeit is. A képzéstől elvárható, hogy a jelölt az adott munkakörben önállóbb, kezdeményezőbb, kreatívabb és kommunikábilisabb legyen.

A gyakorlati hangsúly óhatatlanul differenciál bizonyos készségeket és képességeket a jelöltekben, egyes módszereket és közelítésmódokat jobban megkedvelnek másoknál, vagy mert személyiségük ezekre alkalmasabb, vagy pedig mert a munkaterület ezeket jobban megkívánja. Nyitott tehát az út a szakpszichoterápiás továbbképzés felé, azzal az óriási különbséggel azonban, hogy a továbblépés a gyakorlat talajáról és indítékaiból fakad, és kevésbé divatáramlatokból vagy referenciacsoportok hatásaiból.

A képzési rendszer gyakorlati orientáltságának reflektorfénybe kellene állítani a beteg és a körülötte lévő társadalmi közvélemény igényeit (magnövekedett és sokszor nagyon reális igényeit, hiszen ma érettebb, fejlettebb korosztályokkal dolgozunk, sokat hatott a népszerűsítő irodalom és sok külföldi befolyás is elérte a közvéleményt), így pl. a tünetekkel kapcsolatos terápiás bánásmód árnyaltabb módszereit, a fokozott figyelmet a terápiás folyamatok leképeződésére a betegben. Nagy nyomaték esne a pszichoterápiás munka etikájára is. A képzési rendszer jótékonyan hathatna a képzőhelyekre is, hiszen azok munkáját is transzparenssebbé tenné. A képzést koordináló intézmény feladata lenne a képzés folyamatos megbeszélése a teamekkel, azok összehangolása, esetleg szervezetfejlesztő segítség biztosítása számukra. A képzési rendszer tehát képességirányult, nyílt, fokozatos és realitásalapú lehetne, a jelenlegi iskolák képzéseinek titkolózása és obskuranciája helyett, általában a képzés jobban hasonlítana a jó szakorvosi képzésekre vagy a műszaki képzési módszerekre.

Tudatosítani kellene, hogy intézmények és munkaszervezetek számára képzünk és a pszichoterapeuta ezekben kell megfeleljen. Ez nem valami kincstári igény, hanem egyszerűen annak realizálása, hogy a világon mindennütt az intézményes, közösségi jellegű vagy feladatcentrikus pszichoterápiás munka nyer teret, a privatizált gyakorlat jelentősége csökken. Szinte minde-

nütt úgy kell dolgozni, hogy a terapeuta kilép egy-egy irányzat indikációs keretéből. Sokszor magából az intézményből is ki kell lépni és valamilyen fázisban még a mentálhigiéné és krízisintervenció szempontjából nagyon fontos ilyenfajta tevékenységet is gyakoroltatni kellene.

Ma Magyarországon megvolnának a feltételek – legalábbis Budapesten – ilyenfajta képzésre. Persze, ehhez elég sok előkészítés és szervező munka lenne célszerű, elsősorban a képzési módszereket és elveket kellene egyeztetni és kidolgozni, hogy a jelöltek elosztása és a képzés folyamata megkezdődhesen. Az egész rendszert részben az OTKE eddigi „egyéni továbbképzésnek” címzett eljárására kellene alapítani, hiszen a jelölt kb. félévente két hetet, ill. közben egyes napokat a képzőhelyeken töltene. A lényeg ennek az időnek a gondosan szervezett kitöltése lenne.

27. A képzés problémája a szociálpszichiátriában

A szociálpszichiátria terén önálló képzés sehol a világon nem indult meg. Kiképzés csak azokban a módszerekben szokásos, amelyek a szociálpszichiátria valamely területén használatosak. Ennek ellenére a megfelelő képzés a szociálpszichiátria kulcsfontosságú problémája.

A helyzet megértéséhez a szociálpszichiátria meghatározásából kell kiindulni. A szociálpszichiátria nem egyszerűen a pszichiátria valamely diszciplínája, hanem önálló szemléleti mód, a pszichiátria jelenségeinek értelmezési, kutatási és gyakorlati megközelítésmódja. A szociálpszichiátria elterjedt fogalmi definíciói ezt a helyzetet bizonyos mértékig elfedik elleplezik. A leggyakoribb meghatározások szerint a szociálpszichiátria mindazon koncepciók elméletek és módszerek gyűjtőfogalma, amely a pszichiátriai betegségek kialakulásában, lefolyásában és gyógyításában közrejátszó szociális tényezőkre és folyamatokra vonatkozik. E tág definíció inkább a diszciplína képzetét kelti. Ezt alátámasztja, hogy a szociálpszichiátria történetileg úgy alakult ki, hogy a társadalmi tényezőkkel és folyamatokkal operáló kutatási ágakat vagy gyógymódokat próbálták összefoglalni e néven, majd mikor a név megvolt, elkezdték ide sorolni a többi hasonló fejlődési vonalat is.

Mint ismeretes, a szociálpszichiátria fogalmkörébe először a pszichiátriai betegségek egyenlőtlen társadalmi megoszlására vonatkozó szociológiai vizsgálatokat sorolták. Ilyen vizsgálatok – még kezdetleges formában – a századforduló idején Európában, elsősorban Németországban kezdődtek, majd a húszas évektől kezdve Amerikában virágoztak fel (chicagói iskola stb.). Később ehhez az összehasonlító kulturális pszichiátria (transzkulturális pszichiátria) csatlakozott. Nagy hatással volt a szociálpszichiátria fejlődésére a szociometria és általában a csoportpszichoterápiák ill. a csoportdinamika kialakulása. Majd a terápiás közösség gyakorlata adott lendületet neki. Általánosabb síkon pedig a szociálpszichológia kibontakozása gyakorolt nagy hatást rá, ez tette lehetővé a szemléleti integrációt, különösen a szocializáció elmélete, az interakcionista perspektíva, valamint az ötvenes évektől kezdve fejlődő kommunikációkutatás.

A szociálpszichiátria az ötvenes évek második felétől számít önálló áramlatnak a pszichiátriában, ettől kezdve léteznek szervezeti keretei is. A hetvenes évek közepéig mint irányzat fejlődött, mind több teret nyert a világon, a pszichofarmakológia és a biológiai kutatások és gyógymódok óriási szerepe ellenére is egyre több szakemberre hatott. Az utóbbi 10 évben ez a hatás csökken, az irányzat visszafejlődésének vagyunk tanúi. Megítélésem szerint ennek egyik oka az, hogy még a szociálpszichiátria képviselőiben sem tudatosodott az, hogy a szociálpszichiátria önálló, sajátos szemléleti mód, és nem egyszerűen csak lazán összefüggő módszerek és teóriák halmaza. Nem alakult ki ezért megfelelő identitás a szociálpszichiátriában, és emiatt nincs megfelelő ellenállás a szociálpszichiátria befolyását csökkentő új fejleményekkel szemben. Pedig a mai pszichiátriának nagy szüksége van a szociálpszichiátriára, a szemléletre, ami benne rejlik, jelentősebb, mint valaha.

A szemléleti jelleget és az ekörül épülő identitás szerepét jól mutatja a biológiai pszichiátria példája. A biológiai pszichiátria meglepően kevés önálló ismeretanyaggal bír. Eredményei a fizikális és gyógyszeres gyógymódok terén vannak, de a betegségek kóroktanának és patomechanizmusának kutatásában tudta igazán definiálni önmagát. Ettől kezdve vált – inkább implicit módon, mert képviselői csak maguk között, ritkán nyilatkoznak hegemóniztikusan, „imperialista” módon – általános pszichiátriai elméletté, amely a biológiai tényezőkön kívül mindent elutasít. A biológiai pszichiátria fejlődését nagyban segíti a medicinális modell, mint az orvosi gondolkodás általános kerete, a logikai pozitivizmus és empirizmus, ami nemcsak az orvostudományokban és a természettudományokban honos, hanem a társadalomtudományok is átvették, továbbá a redukcionista, ill. konkretisztikus jelenségközelítési mód. Ugyanezek a tudományelméleti háttértényezők nehezítik a pszichiátria minden más ágazatának, szemléletmódjának fejlődését, hiszen már a pszichológiai – személyiséglélektani – pszichiátriák, mint amilyen pl. a pszichoanalitikus vagy dinamikus pszichiátria, és különösen a szociálpszichiátria, lehetetlenül az empiricizmus és a redukcionizmus hatására.

A biológiai pszichiátria figyelemre méltó ellenpélda a képzés szempontjából is. A gyakorló biológiai pszichiáternek a klasszikus pszichiátria, ill. a modern nozológia ismeretein és a pszichiátriai terápia viszonylag egyszerű szabályszerűségein kívül nem kell más ismeret. A betegekkel való kapcsolat számára nekik megfelel a klasszikus hospitális, ill. extramurális medicinális keret. A kutató biológiai pszichiáter alaptudományos metodológiákban kell járatos legyen, vagyis agykutatásban, elektrofiziológiában, biokémiában, és éppen az alaptudományok involvációja miatt teljesen természetes a specializá-

lódás. A mai biológiai pszichiátria legharcosabb és legszámosabb csoportját adó biokémikusok általában nem értnek a biológiai pszichiátria más ágaihoz, már a neurofiziológiához sem, nem beszélve az etológiáról vagy a szociálbiológiáról, és ez így elfogadott, magától értetődő állapot. A pszichológia sem létező tudomány a biológiai pszichiátria számára, legfeljebb csak mint hipotetikus biopszichológia (pl. mint olyan tipológia, amelyben biológiai állapotok alapvető változatai tükröződnek) vagy mint tesztpsichológia (ugyancsak a differenciális felosztások és a metrizálás érdekében).

Ha tehát megkérdezzük, miben kellene képezni az igényes biológiai pszichiátert, a válasz egyszerű: a hagyományos, hospitális, statikus pszichiátrián és a nozológián kívül az idegrendszeri működésekre és a viselkedésszabályozásra vonatkozó biológiai alaptudományok ismereteiben és metodikájában. A mélységi szintet az szabja meg, milyen intenzitással kívánja művelni valaki a tárgyát. A gyakorló biológiai pszichiáternek elég maga a szemlélet, amelyben sajátos antropológia rejlik, a genetikailag-biokémiailag, ill. neurostrukturálishan determinált biológiai szuperszisztéma képe, amely komplex adaptációra képes, és amely a környezettel való viszonylatában is elrontható (főleg a biológiai kölcsönhatások síkján, pl. alkohollal, drogokkal, fertőző ágensek neurotoxinjaival, vaszkuláris károsodásokkal stb.), de alapjában véve belülről, „endogén módon” lehet defektusos, ami terhelhetőségét meghatározza. A kutatónak kell azután valamely meglévő diszciplínától ismereteket és módszereket kölcsönözni. Az illető diszciplína szakemberei közvetlenül és azonnal csatlakozhatnak a biológiai pszichiátriához mint kutatók, hiszen a pszichiáter szolgáltatja nekik a pszichiátriát, viselkedési változókat, ők csak azt folytatják, ami egyébként is a dolguk.

A szociálpszichiáter képzése nehezebb dolog, hiszen a biológiai pszichiáter alapismereteire neki is szüksége van, a pszichiátriái ellátás mai rendszerében a farmakológiai és biológiai gyógymódookról és vizsgálómódszerekről tudni kell, ill. használni kell őket, kellene pszichoterápiás, személyiséglélektani és pszichoanalitikus ismeretek, és ezután jön a szociálpszichiátria néhány specifikuma, ugyancsak más alaptudományok, diszciplínák bevonásával (pl. szociológia, szervezetelmélet, kulturális antropológia, szociálpszichológia), de úgy, hogy a diszciplína kutatója csak vezetéssel, segítséggel kapcsolható be a szociálpszichiátriába, a sajátos szemléleti integrációt magának a szociálpszichiáternek kell elvégeznie.

Ennyiben hasonló a helyzet a mai pszichiátria harmadik nagy megközelítési vetületéhez, a pszichológiai-pszichoanalitikus vetülethez, amely ugyancsak nem tudja közvetlenül magába ötvözni a pszichológiai részdiszciplínák kuta-

tóit, pl. a kognícióval, pszicholingvisztikával vagy fejlődéslélektannal foglalkozó szakembert.

A szociálpszichiátria külön nehézsége, hogy a harmadik vetülettel paradigmával nagy az érintkezési felülete, ezért szinte alig elválasztható ettől pl. a kommunikáció, az interperszonális rendszerek, a csoportfolyamatok stb. mindkét paradigmába beletartoznak, a szociálpszichiátria egyik sajátossága, hogy integrálni tudja a pszichológiai-pszichoterápiás megközelítést is, de ezt tágabb rendszerösszefüggésbe állítja, kiragadja a pszichológiai paradigmában megszokott partikularitásából.

Ha tehát szociálpszichiátriai képzésről beszélünk, a sajátos szemléletet kell kiemelnünk, ezt kell valahogyan elsajátíttatnunk. Mint már említettem, e téren bizonytalanodik ma el a szociálpszichiátria. A szűken értelmezett empirikus ágai elsorvadnak (pl. csaknem elhal a nozológiára, tesztekre, betegcsoportok mérhető összehasonlítására beszűkülő transzkulturális pszichiátria). A biológiai pszichiátria hatására lényegtelenül minden nem biológiai tényező. A biológiai szemlélet kizorító ereje egészen bűvészmutatványokig elmegy, pl. az öngyilkosság ma már vagy a specifikus biológiai hajlam vetületében nyer értelmezést, vagy az endogén depresszióban. Van nézet (van Praag), amely szerint minden öngyilkossági cselekmény depresszió megnyilvánulása, csak az életben maradt esetek egy részében az öngyilkossági aktus „kisüti”, leveze-ti a depressziós töltést...

A feltételezett vagy vizionált képzés legfőbb feladata szerintem, hogy a szemlélet kidomborításával visszaadja a szociálpszichiáter identitását, ill. megadja azt a kezdőnek. A szemléletet a következő síkokon lehetne, ill. kellen-e képzésben megragadni:

1. Filozófiai síkon. Itt a logikai pozitivizmus és az empiricizmus kritikája, az alternatív ismeretelméleti paradigmák (heurisztika, fenomenológia, etno-metodológia, etogenia stb.) megismertetése, az embertudományok antropológiai (filozófiai és speciális antropológiai) alapjainak és premisszáinak bemutatása (Gadamer és mások) lenne fontos. A következő pontok anyagából filozófiai síkon kiemelendők azok az általánosítások, amelyek a szimbolikus interakcionizmusból, a kommunikációelméletből és a humanisztikus, illetve transzperszonális pszichológiából következnek. A filozófiai síkhoz tartozik a rendszerszemlélet és rendszergondolkodás, különös tekintettel az új rendszerfejlődési modellekre, valamint a szemantika, továbbá a szubjektív hibaforrások tudományelméleti inventáriumára és értelmezésére (ezen belül a jelenlegi empirizmus kontroll-logikája) is. Nagyon fontos filozófiai-elméleti kérdés az élő világ rendszerszintek szerinti értelmezési képessége, a rendszerszintek, ill.

mozgásformák teóriáinak aktív ismerete, ennek segítségével az ember holisztikus szemlélete. Voltaképpen a holisztikus emberkép az, ami biztonságot adhat a szociálpszichiátriával foglalkozónak, hiszen ennek birtokában utasíthatja el a biológiai pszichiáter tudománytalansági, ill. „soft” tudományossági vádját vagy a pszichoanalitikus ellenvetését, akinek szemében minden olyan gyógy mód, amely nem restrukturáláson és reorganizáción alapul, felszínes vagy időleges, és egyáltalán csak így lehet alternatíva a szociálpszichiátria a pszichoterápiák elméletével szemben. Speciálisan fontos a pár- és családterápia, ill. a pár- és családpatológiai szemlélet filozófiai-embertani vetületeinek tudatosítása (e terápiaik jelenleg a pszichoterápiák szintjén, ill. a pszichológiai paradigmán belül helyezkednek el, pedig szemléleti fontosságuk óriási, ezek mutatják meg, hogy milyen erős determinációt jelent a szociális reláció és az ennek kialakulását és fenntartását szolgáló kommunikációs dinamika). Nagyon fontos a személyiség növekedési és integrációs modelljének tudatosítása, továbbá a személyiség aktív, szelektív, kereső és inkorporáló vezérlési folyamatának ismerete és szemléleti tisztázottsága. Kardinalis jelentőségű a szocializáció (ezen belül az identifikáció) koncepciója, egyáltalán a fejlődés-lélektani-szociálpszichológiai vetület.

Mindezeknek a filozófiai jellegű szemléleti elemeknek a konkrét pszichiátriai kérdések síkján jelentenie kell a biológiai és a pszichológiai-etiológiai modellek elméleti és módszertani kritikáját (pl. az elmebetegek genetikai determinációját látszólag bizonyító, dogmaszerűen elfogadott ikerkutatások a klasszikus empiricizmus ismérvei szerint is súlyosan kritizálhatók módszertani szempontból, gyenge lábon áll egy sor gyógyszerterápia hatékonysága: még a mai napig sem tisztázódott a főbb fizikális gyógy módok pontos indikációja és hatékonysága stb.). Ugyanakkor jelentenie kell a pszichoszociális kauzáció lehetőségének nyitott elfogadását, anélkül, hogy emellett, ill. ennek valamely konkrét elfogadása mellett el kellene köteleződni.

2. Tudományos síkon. Ismerni kell a szociológia emberközeli részének, a korábban mikroszociológiának nevezett résznek ismeretanyagát, ami csaknem azonos a szociálpszichológiával. A szociálpszichiátria sajátos hazai nehézsége, hogy a hatvanas évek ideológiai vitái miatt a szociológiában ez a rész nem fejlődött, nem is nagyon vált ismeretessé. Így a magyar szociológus csak társadalmi struktúrában, rétegekben, politológiai folyamatokban, gazdaság-szociológiában gondolkodik, ill. nagy felméréseket végez vagy szeretne végezni, amelyeken reprezentatív lakosságcsoportok viselkedését vagy attitűdjeit állapítaná meg. Ez a szociológia a szociálpszichiátriában alig használható, legfeljebb az életmódra, életmódmintákra, szociális hálózatokra és támasz-

rendszerekre, ill. ösztársadalmi vetületben megfogalmazható rejeckciós, stigmatizációs vagy stresszterhelő folyamatokra vonatkoztatva. A releváns rész a szociológiában az intézményszociológiával, a társadalmi változás csoport és intézményi folyamataival, a családszociológiával kezdődik, Merton, Parsons, Goffman munkásságában testesül meg. Parsonst külön ki kell emelni, a magyar szociológiáról elmondottakat jellemzi, hogy nemcsak nem jutott el a magyar szociológustársadalom Parsons recepciójához, de jóformán nem is ismeri senki. Parsons néhány könyve (Social System 1951, Toward a General Theory of Action, Family: Socialization and Interaction Process 1955, Personality and Social Structure 1964 stb.) a fenti szemléleti igényeknek (rendszerelmélet, holisztikus emberkép, hermeneutikai közelítés stb.) mindenben eleget tesz. Nagyon hasznos a szociológiából a deviáns viselkedés szociológiája elnevezésű diszciplína, ill. a pszichiátriai szociológia. A szociológiából fontos a mintavétel elve és az általánosítás szabályrendszere, különben a metodika maga szinte érdektelen. Teljesen figyelmen kívül hagyható az egész empirikus társadalomtudomány, az empirikus szociálpszichológia, pl. a csoportkutatás is, annyira terméketlen és zsákutca a túlzott redukcionizmus miatt. A szociálpszichológia már említett ágazatain kívül a szerepelmélet, a referenciacsoportok elmélete, az identitásproblematika, a transzperszonális és humanisztikus pszichológia a fontos, ill. a család és a kapcsolatok olyan elméletei, amelyek az akadémikus szociálpszichológiában még nem szerepelnek, de a pszichoterápiás irányzatokban már megvannak (pl. pár- és családterápiában). Ugyanez jellemző az analitikus csoportpszichoterápia és a pszichodráma implicit interakció és személyiségelméleteire. A pszichoterápiák ismeretanyagából eklektikusan választandók ki ismeretek, amelyek integratív és stratégiai terápiát lehetővé tesznek, pl. a tudattalan elve, a pszichoterápia nemspecifikus és specifikus algoritmusainak ismerete stb.

3. A módszerek síkján. A terápiás kommunikációs kapcsolattartás képességei. Elméleti ismeretek és jártasság a rendszerintervenciós, ill. interperszonális hatásokkal operáló terápiákban. Komplex és stratégiai terápiás képesség. Deviáns és alternatív életformák és strukturált magatartásnódok (különösen az ún. pszichopátia és a szenvedélyállapotok) megértésének és toleranciájának, továbbá befolyásának képessége. Terápiás rezsimek és teamek működtetésének (részvétel, munkamegosztás, vezetés, növekedés stb.) képessége. Jártasság a mentálhigiénés ismertetekben és a személyiségfejlesztés, önismeretfejlesztés elveiben és módszereiben. Önségítő csoportokkal és természetes közösségekkel való kapcsolattartás képessége. Rendszerintervenciós technikák (pl. Tavistock-módszer) ismerete, a saját személyiség involválásának és

kontrolljának képessége. Teamszupervízió módszereinek ismerete, alkalmazása.

A leírt kép igen vázlatos, hiszen kimunkálása, pl. egyedül a mentálhigiéne kínálkozó vetületében nagyon messze vezetne, bonyolult lenne, és már lényegében a szociálpszichiátriái törzsanyag kidolgozását jelentené. A probléma megbeszélése érdekében elegendő szemléleti alapon maradnunk, és később megvitatnunk a „tananyagot”. Nyilván nem lenne nehéz megfelelő elméleti olvasmány-algoritmust kijelölni, a nehézség inkább a nyelvismereti hiányokban vagy a sokszorosítás terén lenne, ill. a kurzusok megszervezésében. Valamilyen többéves, strukturált, fázikusan és szekvenciálisan felépített tanfolyam formájában képzelhető el a képzés, amely kiscsoportos, ill. szeminárium jellegű, a résztvevők nagy öntevékenységét ígérné. Az elméleti anyagok megtanulása elengedhetetlen, csak ezután lehetne értelmesen megvitatni konkrét szociálpszichiátriái kérdéseket, pl. a pszichiátriái gyakorlat mindennapi eseményeinek szociálpszichiátriái értelmezését. Negatív példa itt a pszichoterápiás kiképzési rendszerek szájbarágós, köldöknéző, csiga módjára haladó szeminárium rendszere, és ugyancsak negatív minta a sok évig tartó, nagy megterheléseket (idő, pénz stb.) követelő pszichoterápiás képzési sémák sora, aminek szektásodás és ritualizáció, elitárius elzárkózás a képzetlenségtől (ad notam: ha én megszenvedtem: szenvedjen hát más is...) és szemléleti megmerevedés a következménye. A szociálpszichiátriának a képzésben is a növekedési modellt kellene követnie, ösztönözni és segíteni kellene a belső indíttatású fejlődést, külső kontrollal szabályozni a szélsőségeket, akcióra, hatásra orientálni a kezdőket, az egész ismeretanyag és szemlélet nyitottságával ellensúlyozni a mindenütt meglévő szektaképződési és énelező mechanizmusokat. A nyílt kommunikáció, az eleven vita, a tolerált, „kihordott” nézetkülönbségek, az alternatív lehetőségek értékeit kellene kultiválni már a „tanfolyamok” szervezeti kereteiben és folyamataiban is, különös tekintettel más paradigmákban élők és gondolkodók felfogására. Értékelni kellene a provokatív elméleteket, a szélsőséges, kritikai nézeteket is, mert ez lehetne az antidotum az egyes premissarendszerek melletti elkötelezettség hajlamával, ill. a szemléleti intoleranciával szemben.

28. A pszichiátriai képzés modelljei

A dubrovniki Inter-University Centre száznál több egyetem, számos nemzetközi kulturális szervezet és a jugoszláv állam összefogása révén jött létre, és most már kb. másfél évtizede nagy sikerrel rendez különböző konferenciákat a legkülönbözőbb tudományágakban és témakörökben. Nyilván az angol nyelvű országok, különösen az Egyesült Államok posztgraduális intézeteinek példájára alakult, ilyenek a nagy egyetemi városokban vagy kulturális centrumokban sok helyen működnek, és számos tudományterületen fontos kötetek vagy tanulmányok köszönhetik létüket az ezekben rendezett konferenciák megtermékenyítő hatásának. Dubrovnikban általában több egyetemről fognak össze szakemberek egy-egy konferencia megszervezésére, az egyik rendező mindig jugoszláv, rendszerint ő a mérvadó, az igazi irányító. Sok éve már rendszeresen vannak pszichiátriai tárgyú konferenciák tavasszal, melyeket Spring School of Psychiatry címen tart nyilván a dubrovniki intézet tanterve, ezeket a zágrábi mentálhigiénés központ pszichoterápiás részlegének vezetője, Muradif Kulenovic professzor tartja kézbe. Ő és munkatársai hívják meg az adott év témájának szakembereit, gyakorlatilag az egész világból, elsősorban azonban az európai térségből. Az idei téma a pszichiátriai képzés modelljei címet viselte, tucatnyi jugoszláv szakember mellett olaszokat, angolokat, németeket, osztrákokat, lengyeleket, magyarokat hívtak meg. A meghívottak egy része nem jött el, viszont megérkezett Brazíliából Costa e Silva riói egyetemi tanár, a tübingeni W. Kretschmer, a bécsi Wallnöfer és a spanyol Leon Carrion, több más érdekes és tapasztalt szakemberrel együtt, és végül a konferencia igen élénk és tanulságos lett.

A résztvevők hat napon át dolgoztak együtt, délelőtt hosszabb, délután rövidebb ideig, nagy köztes szünettel, amikor volt mód a szépséges, és már a tavaszt idéző várost is járni. Egy-egy témát egy-egy résztvevő exponált, ezt aztán alaposan, részletesen megvitattuk. Igényelték, hogy lehetőleg mindenki szóljon hozzá, szívesen vették a gondolati elágazásokat, örültek a kérdéseknek, vitáknak. A témák a közös kirándulások és a fogadások alkalmával is folytatódtak, a résztvevők kisebb csoportokban egy-egy szállóban laktak és ott étkezést is kaptak, a csoportok ezt együtt költötték el, és ez a 3-4 ember is mindig hozta magával azoknak a beszélgetéseknek szempontjait, amelyek a konferencia színhelye és a szálló közti úton vagy étkezés kapcsán felvetődtek.

A hat nap során a konferencia kb. 20 állandó résztvevője így meglehetősen összekovacsolódott.

A képzés fogalma is, a modell fogalma is a legáltalánosabban volt értendő. Szó volt tananyagról, Costa e Silva pl. hozta a délamerikai orvosegyetemek pszichiátriai oktatásának adatait, de szó volt képzési követelményekről, témakörök fontosságáról, szemléletalakítási stratégiákról is, tehát a modell egyszerre jelentett folyó oktatási programmintát és egyszerre ideális célkitűzéseket, ideális igényeket is. A képzés a tananyagot, a szakosodási programokat, az orvosok és a pszichológusok, a szociális gondozók és az ápolók képzését is jelentette, de azt is, hogy a nem pszichiáternek készülő orvosoknak mennyi és milyen pszichiátriai ismeretanyaggal kell rendelkezniük. A pszichiátria fogalmát is tág értelemben vettük, nagyon sok szó esett a pszichoterápiás képzésről, ezen belül a pszichoanalitikus képzési modellről és a csoportterápiás képzésről, de a törvényszéki pszichiáterek továbbképzéséről, az alkoholológiai és szociológiai képzési és továbbképzési követelményekről (e témakörben én voltam a kezdeményező), a narkológiai képzésről (ez jugoszláv és spanyol szakemberek szívügye volt) stb. is.

Nagy vitatéma volt az orvosi pszichológia és a pszichiátria egyetemi oktatásának ideális viszonya. A résztvevők egyetértettek abban, hogy az orvosi pszichológiának nagy szerepe kellene legyen, ezt a pszichiátria nem pótolhatja, az orvosi pszichológiának kellene szolgálatnia az orvos-beteg kapcsolat közben tartásának és az elemi pszichoterápiás segítségnek alapismereteit. A legtöbb országban az orvosi pszichológiát vagy részben, vagy egészében a preklinikai időszakban oktatják mint alaptudományt. Ezt a jelen lévő oktatók többsége nem tartotta szerencsésnek, mert ekkor még a hallgató beteget nem látott, az alkalmazott orvosi pszichológiát nem tudja jól megtanulni. Számos reformtörekvés van e téren. Ausztriában és az NSZK-ban az autogén tréninget és az egyszerű hipnotikus módszereket próbálják az orvosi pszichológia keretében tanítani, és nem pszichiáterek posztgraduális továbbképzésében erre igyekeznek építeni. Leon Carrion viszont azt hangoztatta, hogy a neuropszichológia alaposabb ismerete kellene a gyakorló orvosnak és a pszichiáternek is, a neuropszichológia keretében az alapvető agyműködési folyamatok megértése kívánatos.

Többen felvetették, hogy a pszichiátriai képzésben szociológiára, antropológiára, sőt, filozófiára is nagy szükség lenne. A zombori P. Lazic (Párizsban képzést nyert fiatal szakember) a rehabilitáció szempontjából tartotta fontosnak a közösségekre és társas rendszerekre vonatkozó ismereteket, Raskovic ljubljani (ill. sibeniki) professzor és elmekegyszív-igazgató a filozófia szerepét

hangsúlyozta, továbbá a szépirodalmét. A deperszonalizáció új tipológiájának példáján mutatta ezt be, amit részben Dosztojevszkij és Kafka művei alapján, részben a fenomenológiai iskola nyomán próbált kialakítani. Goreta zágrábi pszichiáter az igazságügyi elmeszakértők képzésének és továbbképzésének zágrábi kísérletét vázolta, élénk képet rajzolva arról, milyen fontos lenne, hogy ez a betegek és az egészségesek (pl. gyermekelhelyezési ügyben) életében olyan fontos ágazat korszerű legyen és az elmeegészségügyi képzés és munka egészével összhangban álljon. A résztvevők itt csak a nagy nemzetközi elmaradást kommentálták, a szükségleteket fogalmazták meg, és elismeréssel hallgatták a zágrábi próbálkozást.

A pszichoterápiás képzésben a társas rendszerekbe való új beavatkozási technikákat, különösen a családterápiát és a terápiás közösséget tartották fontosnak a résztvevők, amellet, hogy egyetértettek abban, hogy az autogén tréning és a szuggesztió az oktatásban is, de a gyakorlatban is a leginkább ajánlható terápiás alapmodell. Sausgruber bregenzi pszichiáter Itáliában is oktat és dolgozik, tőle részben Basaglia és az olasz elmeügyi reform sikeres és sikertelen újításairól tudtunk meg sok részletet. Ő Ausztriába is átvitte azt az észak-olasz kezdeményezést, hogy a heveny fázisokon átesett betegeket hotelekben kezelik, a hotel funkcionális szerkezete nagyon alkalmas a korszerű terápiás közösség kialakítására, esetenként a betegek a hotel egy részét maguk működtetik és munkaerővel is ellátják. Sausgruber kiterjedten használja a pszichiátriai betegek kezelésében is, és a rehabilitációs pszichoterápiás oktatásban is a csoportos álolemezés módszerét, ebből nemcsak érdekes részleteket mutatott be, hanem nagyszabású matematikai-statisztikai vizsgálatot is ismertetett.

A sokféle témát nehéz – és nyilván érdektelen is lenne – mind felsorolni. Kulenovics és az adott napok elnöklő résztvevője moderálta a programot és a vitákat. Nem törekedtek lezárni semmit, a cél a sokszempontúság, az eszmecsere, a konstruktív vita volt. A résztvevők szinte mindegyike anyagokat, irodalmi adatokat, további kapcsolatot ígért szinte mindenki másnak. Csoportdinamikailag még az is előnyösnek bizonyult, hogy a konferencia nyelvét, az angolt nem mindenki bírta egyformán, így németül és franciául, sőt olaszul és spanyolul is folyt a szó, nyelvileg is igyekezett mindenki segíteni a másikat. Magam sokat beszélgettem jugoszláv kollégákkal, szakmai helyzetüket és problémáikat most már sokkal jobban értem, és képet kaptam a belgrádi és a zágrábi mentálhigiénés intézetek szerkezetéről, működéséről. Ezek nagyon érdekes, a nagyvárosok közössége felé forduló, járóbetegre centráló intézmények, szeretném majd munkájukat közvetlenül is megismerni, erre vonatko-

zóna meghívásokat is kaptam. A jugoszláv realitások a konferenciát is érintették, két intézetvezető jugoszláv kolléga is hamarabb kényszerült elhagyni a konferenciát, mert az orvosok és az ápolók sztrájkba léptek. Az óriási infláció miatt a fizetések elértéktelenednek, és ez különösen a szolgáltató, költségvetési intézmények dolgozóit sújtja. A konferencia megnyitása előtti napon jelentették be az újabb nagyarányú áremelkedést, benzin, áram, fűtőolaj, hús és sok más cikk ára ment fel 15-30%-kal, és ez fokozta egyes munkahelyek, dolgozó rétegek elégedetlenségét.

Számomra nagyon ösztönző és gondolatébresztő volt a konferencia, szíves-lélekllel vettem részt benne, ezért azután örültem az üléelnöki szerepnek, amire aktivitásom nyomán jelöltek, és a konferencia irányítóitól kapott elismerésnek előadásaim és hozzászólásaim értékeléseként (amely többi más hasonló dubrovniki rendezvényre meghívásban, jugoszláv országos és regionális konferenciákra, zágrábi és belgrádi intézetlátogatásra való invitációban is tetet öltött). Igen hálás vagyok Muradif Kulenovic professzornak, hogy meghívott és költségeimet a dubrovniki posztgraduális központot át fedezte, és köszönettel tartozom munkahelyi előljáróimnak és az Egészségügyi Minisztérium Nemzetközi Kapcsolatok Főosztályának, hogy kiutazásomat engedélyezték.

III.
PSZICHOTERÁPIA ÉS
MENTÁLHIGIÉNÉ
B) KRÍZISINTERVENCIÓ

29. A lelki telefonszolgálatok lehetőségei a mai társadalomban

A lelki elsősegélyt nyújtó telefonszolgálatok nemzetközi szervezete (IFOTES) háromévenként tart nemzetközi konferenciát, a 10.-et Rómában rendezték. Az ilyen telefonszolgálatok a nyugati országokban igen elterjedtek, egy-egy országon belül közös szervezetet alkotnak. Egy-egy nagyobb szervezet több száz, esetleg több ezer embert is tömörít, olyanokat, akik szakemberként vagy önkéntesként a telefonszolgálatokban munkálkodnak. A nagyobb szervezetekkel bíró országok szoktak vállalkozni nemzetközi kongresszus szervezésére. A 10. kongresszus házigazdája az olasz Telefono Amico szervezet volt, ennek közel száz szolgálata van különböző olasz nagyvárosokban. Hasonlóan fejlett a telefonszolgálatok hálózata Franciaországban (SOS Amitié, France) és Spanyolországban is (Servizio de Esperanza, Espana). Az IFOTES gondoskodik a hozzá tartozó telefonszolgálatok működésének egységes elveiről. Ezek az elvek a gyakorlatban jól beváltak, a krízisben lévő hívó lélektani érdekeit szolgálják. A telefonon át történő lélektani segítségnyújtás hatékony és hasznos módszer, ez az utóbbi három évtizedben, amióta az ilyen szolgálatok elterjedtek, többszörösen bebizonyosodott. Másfajta, sajátos viszonyulás kell azonban hozzá, mint a közvetlen segítséghez, ezért a segítő szakmák képviselői általában nem is mindig értik, mire valók ezek a szolgálatok, lehet-e egyáltalán segíteni rajtuk keresztül bajba jutott, krízisben lévő embereknek. A szakemberek gyakran nem is képesek a telefonon át kialakítani a megfelelő kontaktust. Érett, segítségre motivált laikusok viszont, bizonyos képzés és szupervízió mellett nagyon hatékonyan tudnak működni. Ezért is van, hogy a legtöbb szolgálat főleg laikusokkal dolgozik, a szakembereket inkább a képzésben és a szupervízióban, vagy a szolgálatok vezetésében alkalmazzák. A telefonszolgálatok munkatársai között sok a vallásos ember, számos szolgálatot egyházak tartanak fenn. A szolgálatok egy része személyesen is fogad tanácskérőket vagy segítségre szorulókat, esetleg közvetít más karitatív szervezetek felé, kórházba utal, néha anyagi segítséget is ad, a legtöbb szolgálat azonban csak a telefonon át történő anonim beszélgetésre szorítkozik. A telefonnál ülő segítő személye mindig titkos, a jelentkező hívó neve után sem érdeklődnek, ezt csak akkor tartják számon, ha a hívó

maga közli a nevét. A lényeg a segítő emberi beszélgetés, a segítség a kialakuló kapcsolaton és a felvetődő probléma lélektani feldolgozásán át.

A telefonos munka tehát sajátos fajta pszichoterápia, amelynek érdekes tapasztalati szabályszerűségei vannak, és amelynek során számos gyakorlati és módszertani probléma merül fel. Az IFOTES kongresszusai ezeket a kérdéseket beszélik meg, részben szakértők segítségével, részben a különböző telefonszolgálatok tapasztalatcseréjén át. A résztvevők nem csupán előadásokat hallgatnak, hanem kis csoportokban is megvitatják a hallottakat. A kongresszusok során választják újra a tisztségviselőket, most pl. az IFOTES eddigi elnöknője, Ellen Nora Balaszkeskul átadta a helyét egy svéd lelkesnek, aki Svédország legészakibb részén vezet egy telefonszolgálatot.

A római kongresszus fő témája a telefonszolgálatok és a társadalom volt. A délelőtti plenáris előadások egy része ehhez a témához kapcsolódott. De a plenáris előadók többsége is a telefonos munka gyakorlati arculataira összpontosított. A szervezők hat fő kérdést jelöltek meg, amit a telefonos gyakorlat szemszögéből meg kellene beszélni. Ezek a következők voltak:

1. a hívók problémái, amelyek a krízist okozzák;
2. a társas élethelyzet, amelyben a krízis bekövetkezik (konfliktus, izoláció stb.);
3. a dialógus a hívó és a telefonos között;
4. a telefonos segítő viselkedésének és attitűdjeinek hatása;
5. az önkéntes munka a telefonszolgálatokban;
6. a telefonos munka eseményei a segítő oldaláról.

E kérdésekről neves előadók tartottak előadást. Így pl. a holland R.F.W. Diekstra, a WHO egyik szuicidológiai szakértője (a WHO kiemelten támogatja és képviseli az IFOTES-t); továbbá olasz, svájci és spanyol pszichológusok, pszichológusok. Az előadók között volt Corrado Guerzoni, az olasz rádió egyik tömegkommunikációs szakembere, aki kutatásokat végzett a rádióhoz telefonon és levélben problémával fordulók körében, és e vizsgálat alapján igyekezett értelmezni a telefonszolgálatokat hívók motivációit, lelkiállapotát. A különböző plenáris előadásokban sok új nem hangzott el, azonban a legtöbb gyakorlati kérdést körüljárták, és azok, akik nem szakemberek, nem végeztek egyetemi tanulmányokat a segítő hivatások valamelyikében, sok hasznos pszichológiai szempontot kaptak.

Mint a korábbi kongresszusokon is, most is a kiscsoportok voltak a legérdekesebbek: Az IFOTES elnöksége e kongresszuson engem is csoportvezetőnek kért fel, német nyelvű csoportot kaptam, osztrák és német telefonosokon kívül volt francia csoporttagunk is. A csoport jó munkát végzett, tematikusan

is érdekes problémákat tárgyalt meg, és csoportdinamikai szempontból is élénk és jó feszültségű volt. Számos új ismeretséget, kapcsolatot tett lehetővé a sok közös program, valamint az, hogy kellemes hotelben laktunk, a Hotel Cristoforo Colombóban, amely az Ostiába vezető út mentén, a városon kívül helyezkedik el, hatalmas kertben, itt barátságos asztalok mellett ülhattünk együtt a meleg római éjszakák során.

A kongresszus rendezése nem volt zökkenőmentes. Eredetileg az EUR, az egyetemi városrész kongresszusi palotájában akarták tartani, az épületet azonban valamilyen politikai rendezvény céljára váratlanul lefoglalták. Az IFOTES-kongresszusnak az EUR egy távolabbi pontján, a Palazzo Conf-industrialében, a gyáripárosok szövetségének székházában adtak helyet. Ez a székház is rendelkezett nagyszerű konferenciateremmel, de a kicsoportoknak már nem volt igazi helyük, nem volt benne étkezés. Mivel a programot úgy tervezték, hogy rövid ebédszünetet tartanak és az ebéd a kongresszus színhelyén zajlik, svédasztalszerűen, főleg hideg ételekkel oldották meg az ebédelést, nagy volt a tülekedés, kényelmetlen volt az étkezés (nem voltak pl. székek, állva kellett enni). Gondot okozott a résztvevők szállítása is, a viszonylag közeli Cristoforo Colombóban csak egy része fért el a résztvevőknek (úgy emlegették, hogy ez a vezérkar szálláshelye), sokan 14-15 kilométer távolságból érthették csak el a kongresszust. Ez a társas programok (pl. az Angyalvárban tartott fogadás) során okozott sok nehézséget. A nyugati résztvevők tetemes részvételi díjat fizettek, elégedetlenek voltak azonban, mert a kongresszust technikailag megrendező Barberini Tours utazási iroda nem biztosított megfelelő színvonalat ennek ellenében. Sok résztvevő jelentkezési lapja elkeveredett, maradtak emberek átmenetileg szállás nélkül stb. A Telefono Amico főleg Észak-Olaszországban erős, Rómában kevés tagja van, így a rendezők Torinóból és más északi városokból intézték az ügyeket (ezért is kellett a Barberini Tourst megbízniuk), így nem tudták teljesen áttekinteni a helyzetet.

Végül is a kongresszus kellemesnek és jó hangulatúnak bizonyult. 41 országból jöttek résztvevők, kb. 1000 fő, a telefonosok összefogására jellemző, hogy a plenáris előadásokat négy nyelven szimultán tolmácsolták, a tolmácsolást nyelvet tudó telefonosok önkéntesen vállalták és látták el. Mint korábban, most is hírt adtak magukról és munkájukról egymásnak a különböző szolgálatok, a kongresszusi épületben nyomtatványokat, poszttereket lehetett kapni, találkozni lehetett bármelyik jelen lévő szolgálat képviselőivel. A kongresszus sok olasz cég és intézmény anyagi támogatását is megkapta, így pl. tetemes költségtérítést kapott a nagy olasz autógyáraktól (szokás szerint

ilyenkor a támogató cégek mindenkit elláttak reklámkiadványaikkal is). A kongresszusnak a hivatalos szervek is nagy figyelmet szenteltek. Annak ellenére, hogy a megnyitás napján az olasz kormány Cossiga államelnök beiktatása kapcsán egész nap ülésezett, a megnyitón rövid beszéd kedvéért megjelent az egészségügyi miniszter is, aki orvostanhallgatóként maga is a Mestre városban működő Telefono Amico szolgálat önkéntese volt.

A kongresszuson több szocialista országból voltak résztvevők. Képviselette magát két cseh szolgálat, kb. harminctagú lengyel delegáció volt jelen, hivatalos küldöttként jött egy bolgár professzor, aki a zárülés keretében számolt be arról, hogy a bolgár egészségügyi minisztérium 24 órás telefonszolgálatot indított meg Rusze városában, és az IFOTES elvei szerint hat hasonló szolgálatot tervez más nagyvárosokban, mert programként tűzte ki az öngyilkosság elleni küzdelmet, és ebben a telefonszolgálatok munkáját nagyon fontosnak tartja. Szavait – érthető módon – nagy taps fogadta. Magyarországról 12 személy vett részt a kongresszuson, a budapesti, a pécsi és a szegedi telefonszolgálatok munkatársai, a budapesti református telefonszolgálat vezetője, aki lelkész és pszichológus végzettségű, valamint magam. A magyarok Balaszkeskul asszony közvetlen figyelmét és támogatását élvezték. Mindegyikünk összes költségét fedezte a kongresszus rendezősege, csak a Rómába utazás költségeit kellett magunkra vállalnunk. Ezért és a kedves meghívásért, továbbá kitüntető figyelméért valamennyien köszönettel tartozunk Balaszkeskul asszonynak, aki elnökségének 9 éve alatt a magyarok töretlen támogatója volt, és a magyar telefonszolgálatok ügyében többször is látogatást tett hazánkban, bekapcsolta a magyar telefonosokat a nemzetközi kapcsolatok áramkörébe.

A magam részéről köszönettel tartozom munkahelyi előljáróimnak és az Egészségügyi Minisztérium Nemzetközi Kapcsolatok Főosztályának, hogy részvételemet ezen az érdekes és tanulságos rendezvényen engedélyezte.

30. Krízisek megoldása az életfolyamatban

Az Osztrák Rádió „Társadalom, család, ifjúság” elnevezésű osztálya a Bundesministerium für Familie, Jugend und Konsumentenschutz és a Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Sport részvételével és támogatásával szakértői konferenciát rendezett a Felnőttképzés Szövetségi Intézete (Bundesinstitut für Erwachsenenbildung) épületeiben, amelyek Stroblban, St. Wolfgang közelében, a Wolfgangsee partján helyezkednek el, festői környezetben. A konferencia célja a krízisek problémakörének áttekintése volt abból a szempontból, hogyan kell ezeket a kríziseket a különféle pszichoszociális segítő intézményeknek és szakembereknek megközelíteni, milyen megoldási módok lehetségesek és ezek hogyan hatnak a krízisben lévő személyiség további fejlődésére. A szakértői konferencia létrehozásának több célja volt. Egyik cél az volt, hogy a rádió Ausztriában a jövőben nagyobb szerepet kíván vállalni a mentálhigiénés munkában. Mint a konferencia nyitása során a Család és Ifjúságvédelmi Minisztérium élén álló miniszternő (Gertrude Fröhlich-Sandner) és az Osztrák Rádió (ORF) főintendánsa, Ernst Grisseemann elmondták, az osztrák lakosság jelentős része, kb. másfél-kétmillió ember a nagyobb városoktól távol, hegyekben, kis településeken él, személyes problémáikban nem könnyű a segítséghez hozzáférniük, viszont a rádió eléri őket, és a felmérések szerint többet is hallgatnak rádiót, mint az átlaglakosság. Ugyanakkor az is vizsgálatokból ismert tény, hogy a rádió mélyreható emocionális változásokat tud létrehozni a hallgatókban, jobban meg tudja mozgatni őket, mint a televízió vagy a sajtó, mivel a hang önmagában igen nagy érzelmi töltés közvetítésére képes. Kézenfekvő tehát a rádió nagyobb mentálhigiénés igénybevételét tervbe venni a következő időszakban. Az eredményes munkához azonban szükséges, hogy a rádió szakemberei egyeztessék felfogásukat a lelki tanácsadásban és segítségben már dolgozó szakemberek szemléletével, a rádió szakemberei a szemléleti összehangolást több konferencia segítségével kívánják megoldani, elsőknek a krízist és a krízismegoldást tűzték ki témának. Abból indultak ki, hogy a krízis egyrészt veszély, a lelki egyensúly felbomlása származhat belőle, másrészt azonban alkalom is a fejlődésre, a személyiségérésére. Az emberekkel foglalkozó tudományok mai gondolkodásmódja a személyiséget folyamatosan fejlődő rendszernek tekinti, a fejlődés motorja az

„élethossziglan tartó tanulás”, a tanulást viszont új problémahelyzetek segítik elő.

E szemléleti keretben különböző meghívott szakemberek előadásait tűzték programra, majd ezeket az előadásokat a meghívott kb. hatvan osztrák szakember megvitatta. A vita részben az előadások után közvetlenül, részben az összes résztvevő ún. plenáris vitáiban, részben pedig kiscsoportos témafeldolgozásban történt. A konferencia öt napján a résztvevők együtt éltek, együtt étkeztek és töltötték szabadidejüket, ez ugyancsak alkalmat adott a beszélgetésre. Az osztrák szakemberek között főleg szociális gondozók, felnőtt-nevelők, a regionális rádióstúdiók mentálhigiénével foglalkozó szakemberei és tanácsadók (pl. szexuális, párkapcsolati, házassági stb. tanácsadók) vezetői vettek részt nagyobb számban. Az előadók kb. fele nem osztrák volt, a többség az idegenek közül a Német Szövetségi Köztársaságból jött, Mario Erdheim személyében svájci pszichoanalitikus volt jelen, és magam egyedül voltam szocialista országból. A szervezők figyelmet fordítottak arra is, hogy az összehívott kis csoport érzelmileg összehangolódjon, és mintegy ráálljon az érzelmi megértés hullámhosszára, ezért a programba zene és mozgásterápiás elemeket is beiktatták. Egy ismert német karikaturista, Marie Marcks hangulati impulzusait is felhasználta (az idős karikaturistánő rajzokban elmondta élettörténetét, amely a Hitler-korszakban, a háborúban, majd pedig a háború utáni nehéz években teli volt konfliktusokkal és krízisekkel, ezeket a rajzok – melyek már könyvalakban is megjelentek, és a szerző diák formájában mutatta be őket – szellemesen és életbölcsessel teli módon ábrázolták), a kiscsoportos témafeldolgozásban a rajzos önkifejezés eszközához is folyamodott, továbbá speciális esti táncbemutatókat is tartott. Ez utóbbiak között volt videoműsor egy müncheni klinika terápiás táncmunkájáról és egy török népzene kutató, Oruc Güvenc dervis- és sámánzenét, meditációs zeneprogramokat adott elő, a kíséretében lévő török énekesnők segítségével, eredeti török népi hangszereken. A zene és a mozgás beiktatása jó gondolat volt, egyrészt feloldotta az egész napon át tartó ülés és beszélgetés fáradalmait, másrészt valóban a problémalátásra, a rejtett összefüggések keresésére serkentette a résztvevőket. Hozzásegítette a konferenciát annak megértéséhez, hogy az emberi krízisek bonyolult érzelmi-indulati jelenségek, amelyekhez nem lehet csupán intellektuális módon közelíteni. Ezek a konferenciák során szokatlan hatás és élményformák jól ellensúlyozták az előadások intellektuális jellegét.

A konferencián kitűnt, hogy Ausztriában az állami, egyházi és közösségi, ill. alapítványi segély- és tanácsadó szolgálatok többszörös hálózata működik, és ezek fenntartásában több minisztérium is érdekelt. Minden nagyobb

városban vannak tanácsadó és segítő szolgálatok, amelyek állandóan hirdetik magukat és nagyon sok embert elérnek, aki bajban van. A lakóhelyi közösségek önszolgáltató mozgalmaikat is igyekeznek felkarolni és fejleszteni központilag is. Az egyes segítő szolgáltatóformák között nem mindig megfelelő a kapcsolat. Főleg az öngyilkossági krízisekben nem kielégítő az együttműködés. Az osztrák rádió is fenntart tanácsadást és krízisszolgálatot, ennek kapcsán a hallgatók jelentkezését vagy maguk fogadják, vagy a problémákat a megfelelő szolgáltatókhoz utasítják. A legnagyobb figyelem a fiatalokra irányul, a fiatalokat a szakmai köztudat veszélyeztetettnak tartja, részben az új életideálok és szórakozási szokások, részben az alkohol és a kábítószeres fogyasztásának terjedése miatt. Aggódva nézik a szakemberek a válások számának növekedését, amely miatt a fiatalok zavartalan szocializációja és családi háttere ma inkább csak a lakosság kisebb részében van meg, és nem tekinthető általánosnak. A család és a házasság mai változásait Helga Novotny bécsi szociológus adta elő. Mario Erdheim a serdülés jellegzetes folyamatairól és problémáiról beszélt, nagyon érdekes paradigmát vázolta fel. Szerinte az ipari társadalmakban a serdülést az teszi nehezzé és kritikussá, hogy az iskola (különösen az általános iskola felső tagozata és a középiskola) továbbviszi a családi viszonymentákat, a dependens kapcsolódást, holott éppen az önállóságot, a szervezeti kultúrában való viselkedés képességeit kellene fejlesztenie. Erdheim összehasonlító kulturális kutatásokkal, transzkulturális pszichoanalízissel foglalkozik, kultúrközi összehasonlításban rámutatott arra, hogy a hagyományos közösségek, amelyek egyszerűbb személyiségstruktúrákat termelnek és a pszichológiai fejlődés szerepváltásait pontosan szabályozzák (pl. a serdülőkor átváltását a felnőttkorba világos szerepelőírások irányítják és érzelmileg az ún. beavatási rítusok segítik elő), kevesebb krízist produkálnak, noha a személyiséget élete során sokkal több súlyos stressz és megterhelés éri, mint amiket az átlagos európai vagy észak-amerikai ember átélhet. Mégis a krízisek inkább az ipari társadalmak differenciált személyiségformáira jellemzők. Több előadás foglalkozott a házasság, a serdülői szerepek, majd az öregedés, ill. a betegség jellegzetes krízisformáival, az ilyen krízisek során típusos környezeti (rokonsági, baráti, közösségi stb.) segítségük természetével, az ilyen krízisek kimenetelével. A legtöbb előadó arra helyezte a hangsúlyt, hogy miként válhatnak a krízisek erőforrássá, fejlődést munkáló élménnyé. Általában egyetértett a konferencia abban, hogy a krízisek kreatív és fejlesztő lezajlása leginkább a természetes támogató, segítő kapcsolatok és kapcsolatrendszerek közreműködésével valósulhat meg, a krízismegoldást nehezíti, ha a krízisben lévő ember pácienssé válik vagy pszichológus kliense lesz. A pszichoterápiás

segítséget csak a súlyosabb, krónikussá váló esetekben látták jónak. A tanácsadás és a különféle akut beavatkozások (pl. a helyszínre kiszálló szociális gondozó telefonszolgálatok munkatársa stb. által nyújtott specifikus segítség) akkor hatékonyak, ha kezdettől fogva önállóságra serkentenek. Külön gondot kell tehát arra fordítani, hogy a bajban lévő saját aktivitása növekedjen.

Gernot Sonneck bécsi pszichiáterrel együtt egész délelőttöt kaptam arra, hogy a krízisintervenció technikáiról és a krízis kimenetelének pozitív és negatív vonatkozásairól beszéljek. Bár én is aláhúztam, hogy a megoldott, feldolgozott krízis személyiségfejlesztő lehet, a destruktív kríziskimeneteknek is nagy hangsúlyt kellett adnom, különösen az öngyilkossági krízisnek. A humanisztikus pszichológia személyiségmodelljeire támaszkodva rámutattam, hogy a krízisek megoldhatatlanságának gyakran éppen az az oka, hogy a mai szocializáció sajátosan konfliktus- és kríziskerülő stratégiákat követ, és nagyon sok embernek nincs krízismegoldási mintája, készsége, és így az életfolyamat változásaival járó megterhelések és veszteségek felkészületlenül érik. Sonneckkel egyetértésben én is Culberg krízistipológiáját használtam. Eszerint a fejlődési vagy életmeneti krízisek, az élettörténeti átmenet krízisei azok, amelyek konstruktív és fejlesztő jellegűek lehetnek, ez a másik nagy kríziscsoportban, az ún. traumás krízisek körében (hozzátartozó elvesztése, súlyos megbetegedés, gyógyíthatatlan betegség stb.) ritkábban sikerül. Különösen nagy érdeklődést váltott ki az öngyilkossági veszély felismerésének és pszichológiai kezelésének módszertana, erről a vitákban és a programon kívüli beszélgetésekben is sok szó esett. Hasonlóan nagy figyelmet keltett a krízisintervencióban használatos pár- és családterápiás módszerek, valamint csoportdinamikai folyamatok megbeszélése is. A konferencia minden előadását és plenáris vitáját felvették magnetofonra, az előadók emellett saját témájukból rádióelőadást is tartottak, az osztrák rádió valamely szakemberével történő interjú formájában. Magam három ilyen interjút adtam, ezek később adásba kerülnek. A konferencia anyagaiból a műsorokat már a befejező napon, október 11-én elkezdtek sugározni az osztrák rádió első csatornáján. A konferenciáról írásos összefoglalás is készül, és várhatóan következő konferenciát is rendeznek. Megítélésem szerint a konferencia nagyon jól sikerült, páratlan alkalom volt arra, hogy a krízisek problémakörét egy sor szakember átgondolja, megvitassa, és közösen tervezze meg a krízismegoldás és krízismegelőzés jobb lehetőségeit. Személy szerint igen jól éreztem magam a konferencia során, nagyon sok tanulsággal tértem haza, ami itthon hasznosíthatónak, továbbadhatónak ígérkezik. Az öngyilkossági krízisekre vonatkozó ismeretanyaggal lényegesen hozzájárulhattam a konferencia spektrumához, a végén ezt a rende-

zók meg is fogalmazzák, ugyanis az előadók a jellegzetes, tendenciáiban jóindulatú krízisekkel foglalkoztak leginkább, a súlyosabb problémákat, a nehezen megoldható vagy éppen a megoldhatatlan krízisek kérdéskörét csakis Sonne és én vetettük fel. A részvételem nyomán a jelen lévő televíziós szakemberektől az osztrák „Tudósklub”, a „C-2 klub” egy öngyilkossági műsorára is kaptam előzetes meghívást. Igen hálás vagyok ezért Hubert Gaisbauernek, az osztrák rádió „Társadalom, család, ifjúság” elnevezésű osztálya vezetőjének, továbbá munkatársának, dr. Nora Aschachernek, akik egy idei német kongresszus során „felfedeztek” és meghívtak erre a rendezvényre úgy, hogy a részvétel és az utazás minden költségét fedezték és igen nagyvonalúan láttak vendégül. Köszönettel tartozom a részvétel engedélyezéséért munkahelyi előjáróimnak és az Egészségügyi Minisztérium Nemzetközi Kapcsolatok Főosztályának is.

31. Krízisintervenció az elmeegészségügyben

Az utóbbi években több országban is megpróbálták úgy átszervezni a területi elmeegészségügyi ellátást, hogy az krízisintervenciós hangsúlyú legyen, vagyis a rászorulókat minél előbb próbálják szakszerű interdiszciplináris segítséghez juttatni, mobilis team kiszállása révén, továbbá állandóan működő rendelő, ill. tanácsadó központok segítségével. A páciens általában társas kapcsolataival együtt kerül a krízisintervenció fókuszába, csak a legszükségesebb esetben küldik kórházba, szükség esetén átmenetileg különítik el a konfliktushelyzettől. A krízisintervenciós megközelítés a tapasztalatok szerint hatékonyabb a hagyományos ellátásnál, elkerüli a hospitalizációval járó stigmát, a betegszerepet, a problémás embert nem szakítja el társas környezetétől. Egyidejűleg a megközelítés olcsóbb is, hiszen a legdrágább az elmeegészségügyi ellátásban a kórház, és ugyancsak drága a kihasználatlan rendelő is. A krízismegközelítést számos kutatás is elemezte, és ilyen vizsgálatokból tudjuk, hogy a krízisben levő vagy a környezetben veszélyeztetett emberek időszakos szállodai elhelyezése is sokkal olcsóbb, mint az intézeti elhelyezés.

Általában egy-egy ellátási terület sajátos rendszert valósít meg a krízisközpontú ellátásban, így nagyon különböző tapasztalatok gyűlnek össze, különböző működésmódokat és hatékonysági feltételeket hoznak létre az adott területen működő segítő hálózatok, pl. az egészségügyi alapellátás, a szociális gondoskodás szervei, az egyházi segítő csoportok vagy az öntevékeny szervezetek. Éppen ezért a szakemberek időszerűnek tartották a tapasztalatok kicserélését, az első nemzetközi konferencia létrehozását. Nem véletlen, hogy ennek Nagy-Britannia adott helyet, számos területen évtizedek óta folynak már kísérletek a krízisközpontú, mobilis teamekre építő ellátással, és egy területen, Huddersfieldben ez olyan fejlettséget ért el, hogy az ott működő központ országos intézeti címet kapott (National Institute of Crisis Intervention Therapy and Research). Ennek vezetője, az indiai származású Rao Punucollu szervezte a konferenciát. A brit krízisellátó központokban – úgy tűnt – sok az indiai és pakisztáni származású pszichiáter, pszichológus és szociális gondozó, valószínű, hogy viszonylagos marginális helyzetük (pl. a Nagy-Britanniában is erősen terjedő és lukratív magánpraxis kisebb lehetősége) miatt ők motiváltabbak az új ellátási módokra. Az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálat

(NHS) anyagi gondjai is ösztönzőek lehetnek a jobb költség/haszon arányú ellátási módok kipróbálására. Más országokban is a szektorizált ellátás területeken alakultak ki a krízisintervenció fókuszú kísérletek, így elsősorban Ausztráliában, Kanadában, Hollandiában, kisebb mértékben Svédországban. Az Egyesült Államokban a közösségi elmeegészségügyi ellátás rendszeréből nőttek ki krízisorientált próbálkozások. Sok országban, így Amerikában és Hollandiában a hetvenes években a pszichiátrikritikai (antipszichiátriai) áramlatok adtak lökést a krízismegközelítésnek. Másutt az akut pszichiátriai betegellátás nehézségei miatt próbálkoztak a krízisintervenció erősítésével.

Az első nemzetközi konferencián kb. 250 szakember gyakorlatilag minden változatot, árnyalatot képviselt, ami csak a pszichiátria talaján alakult ki. A pszichiátria jelenléte feltűnő volt, az is hamar kiderült, hogy a jelen lévő szakemberek élesen elhatárolták magukat a még meglévő antipszichiátriai szemléletű ellátási szervezetektől és nem kerestek kapcsolatokat az önálló arculatú laikus segítő hálózatokkal. Így pl. feltűnő volt, hogy a Nagy-Britanniában közel százezer segítő mozgató Szamaritánus mozgalom nem vett részt a konferencián, és nem képviselték magukat az önsegítő csoportok sem. Eléggé elhatárolták magukat a jelen lévő szakemberek a pszichoterápiás és a tanácsadó hálózatoktól is. „Egyszerű”, – tehát nem teamvezető – résztvevőkkel beszélgetve ki is derült, hogy az elhatárolódás nagyon is tudatos, az egész kezdeményezés a pszichiátriai identitás jegyében történik, és ezt fejezi ki a konferencia tematikája is. Erre mutat, hogy a krízisintervenció mellett nagy hangsúlyt kapott a sürgősségi ellátás (emergency treatment and care) is. Mint kiderült, a sürgősségi ellátásnak már külön nemzetközi társasága van, és az ebben tevékenykedők elsősorban a pszichiátriai betegekkel foglalkoznak, míg a krízisintervenció a veszteségélmények, konfliktusok, természeti csapásokra adott reakciók stb. ellátását tekinti a fő feladatnak. A sürgősségi ellátásban szerepet kap a gyógyszerelés és a kórházi beutalás, míg a krízisorientáció pszichoterápiás munkát végez.

A konferencián a krízismegközelítés és a sürgősségi ellátás képviselői között nem volt igazán vita, legfeljebb a hallgatóság néhány hozzászólása utalt a teamek, próbálkozások szemléleti ellentétére, továbbá az egyes előadások között jelentek meg ellentmondások. A pszichiátriai nézőpont túlsúlya és a pszichoszociális pólus viszonylagos elhanyagoltsága a konferencia hibájának is lenne mondható, hiszen a különböző eredmények és tapasztalatok háttérben, minden valószínűség szerint, e tényezők különbségei rejlenek, mégis kérdéses, lehet-e ezt tényleg hibának tekinteni, mert a konferenciának így is nagyon sok volt a témája, nagyon zsúfolt volt a programja, és több már aligha

fért volna bele. A Regent's College konferenciatermei 200-250 embert tudnak befogadni, ennyi embert tudtak étellel is ellátni, a közös étkezések révén sikerült ugyanis a három munkanapon lebonyolítani a programot.

Az előadásokban nagyon sok minden elhangzott. Áttekintették a krízismegközelítés fejlődéstörténetét, ez Lindemann, majd Caplan munkássága nyomán bontakozott ki, ők főleg a természeti csapások és a traumatikus élethelyzetek lélektani folyamatait és megsegítési módjait elemezték. A konferencián lényegében minden nagyobb kríziskeltő katasztrófa tanulságait is összefoglalták, a King's Cross állomáson történt metrótüztől kezdve különféle repülőeltérítések és terroresemények következményeiig. Sok szó esett a krízis és a trauma kapcsolatáról és elkülönítéséről, kiváltképpen a poszttraumatikus személyiségzavarok (PTSD) szempontjából. Az elkülönítés nem mindig sikeres, de az igazi krízis más megoldást igényel, mint a traumatikus stressz megoldása, ez utóbbiban az a jellemző, hogy a személyiség időlegesen feladja az önvédelmét, elkerülhetetlennek éli meg az életveszélyt és mintegy a saját egzisztencia dezintegrációjának adja át magát. Ezt a stresszt nehéz tartósabb személyiségreakció nélkül feldolgozni. A krízisintervenciónak ilyenkor a lereagálást, a repetitív átélést kell elősegíteni, míg veszteség, gyász vagy betegség miatti krízisben az időleges támogatást, a segítő kapcsolatot, a támogató szociális hálót kell erősíteni és tüneti enyhítést kell nyújtani. Lényegében stressz, trauma, veszteség, pánikszerű szorongás jelenik meg a pszichiátriai betegek heveny tüneti reakcióiban is, de ezeknek lefolyása hirtelenebb és nehezebben befolyásolható, ezért van szükség itt sürgősségi ellátás elveire.

A tapasztalatok szerint az alapjában jól ellátott, integrált közösségekben vagy területeken a konferencia fő témáját jelentő krízisintervenciós megközelítés eredményes, a csapatok jól dolgoznak. Farewell brit pszichiáter 21 év óta szervez és vezet krízisegységeket és nagyon jó eredményekről számolt be, de ennek zálogát abban látja, hogy a csapatokkal is foglalkozni kell, meg kell védeni őket a kiégéstől, vagy ami még rosszabb, a lassú átalakulástól valamiféle neuroziszellátó vagy tanácsadó egységgé. Tapasztalata szerint ez akkor történik, ha a csapat egyszerűen nyugodt, kiegyensúlyozott lesz, nincsenek feszültségjelei, ilyenkor biztosra vehető, hogy megtanulta „kiszabályozni” a nehéz problémákat.

Akkor működnek jól a csapatok, ha az ellátási felelősségviszonyok tisztázottak, ha minden páciensnek van felelős kezelője, aki az ellátás különböző útjain kíséri. A tulajdonképpeni krízisellátás – mint brit és ausztrál tapasztalatok mutatják – általában ki kell egészüljön ambuláns ellenőrzéssel vagy gondozással, esetleg rehabilitációs munkával, és ilyenkor fontos a felelős koordiná-

ció. Számos veszélyeztetett csoportnak speciális ambuláns központokat (éjjel-nappali és folyamatos működéssel) hoznak létre, pl. traumatológiai osztályok és rendelések mellett, nemi erőszak áldozatainak, megvert asszonyoknak stb., és pl. ezeknek a speciális rendeléseknek tapasztalatában kerül előtérbe a traumás stresszek megoldása. Krónikus betegek, ill. hirtelen életveszélyes megbetegedések viszont inkább krízis formájában jelentkeznek a beteg vagy a hozzátartozók számára, és ilyenkor elsődlegesen krízisintervenció kell, gyakran családterápiás hangsúllyal. Falloon brit és Langsley amerikai teamvezetők családterápiás jellegű krízisintervenciós központokat és ellátási modelleket mutattak be.

A viszonylag integrált közösségekben a krízisellátó teamek jól tudják kezelni az öngyilkosságveszélyt, míg ott, ahol a krízisintervenciós ellátási módnak sok elmebeteg is kell kezelnie, a tapasztalatok szerint eleinte nő az öngyilkosságok száma. A betegeknek hiányzik a klasszikus pszichiátriai betegellátás szereprendszere, a kórház védelme stb. Ha viszont egy krízisellátó egység mintegy „megműveli” a területét, akkor a későbbiekben csökken az öngyilkosságok száma, a krízisellátás hatékony.

Számos szociológiai körülmény nehezítheti a krízismunkát, pl. olyan területeken, ahol nagyon sok az otthontalan, teljesen elhanyagolt elmebeteg, a krízisellátás esélyei kisebbek. Ilyen helyeken a rendőrség segítsége még szükségesebb, mint másutt. Amerikai szakemberek elmondták, hogy egyes dezintegrált területeken, ahonnan nagyon sok krízishívás érkezik, a rendőrség jelenléte elkerülhetetlen, többek között azért is, mert a háztartások 80%-ában lőfegyver van, és ez a konfliktusokban elő is kerül vagy pedig a drogos vagy részeg családtagok ezzel fenyegetőznek. A kristályos kokain (crack) nagy elterjedtsége ugyancsak a krízismunka ellen dolgozik. Faji kisebbségek által sűrűn lakott területeken nem mindig könnyű megérteni a kríziseket és a traumákat, mert gyakran nem az egyén lélektani dinamikájának vetületében, hanem a kollektív identitás síkján jelentkeznek.

A konferencián rendkívül sok érdekes módszertani tapasztalat, pszichológiai technika és szervezési szempont merült fel, nagyon plasztikusan kirajzolódtott a krízismegközelítés sokféle előnye, de sok inherens nehézsége is. Ezzel együtt nyilvánvalóvá vált, hogy a hagyományos elmeegészségügyi ellátási rendszer nem elégséges, ha nem is mindenütt lehet átalakítani ezt krízisintervenciós közelítésű ellátássá, de a krízisellátás legalább néhány módját (pl. a kis mozgó teamet, amely helyszínre megy, vagy a szünet nélkül működő ambuláns egységet) létre kell hozni, mert enélkül az ellátás nem hatékony és nem is gazdaságos. A kb. 12-15 bemutatott krízisközpontú rendszer és a né-

hány speciális szolgáltatás tapasztalata meggyőzte a résztvevőket erről, és voltaképpen a sürgősségi pszichiátriai ellátás területi képviselőit is el lehetett fogadni. Többféle team együttműködve még hatékonyabb működést ígér. A néhány amerikai, ausztrál és holland team képviselői mellett a brit résztvevőkön kívül több mint 30 országból jött el egy-egy szakember, nagyrészt a rendezők meghívása alapján. Így Európa legtöbb országa képviselve volt, mellettük leginkább a távol-keleti fejlettebb országokból érkeztek szakemberek.

A konferencia nagyon jól előkészített és rendezésében kifogástalan volt, igazi hasznos nemzetközi eszmecsere, amelynek tanulságai pl. a mi elkerülhetetlenül esedékes elmeügyi fejlesztéseinkben is felhasználhatók lennének, ill. a mentálhigiénés munka szempontjából lehetnek fontosak. Éppen ezért köszönettel tartozom a Nemzeti Egészségvédelmi Intézetnek a részvétel támogatásáért, továbbá a brit meghívóknak a helyi támogatásukért és a bevonásért a rendezvény néhány olyan elemébe, amelynek nyomán az átlagos résztvevőnél több és mélyrehatóbb információkat szerezhettem a Nagy-Britanniában zajló ellátási kísérletekről.

32. A krízisintervenció elmélete és gyakorlata a mentálhigiénében

Az angol nemzeti egészségügyi szolgálatban a nyolcvanas éveket a hatékonyság fokozására és a költségek csökkentésére irányuló törekvés jellemezte. Valószínűleg emiatt kapott nagy jelentőséget az elmeegészségügy reformjában és a lelki egészségmegőrzés kiterjesztésében az ún. krízismegközelítés, amely a világban kb. 30 év óta több helyen kipróbált és bevált módszer. Ennek lényege az, hogy a szakszerű segítő beavatkozásnak a személyes vagy családi krízis idején gyorsan és intenzív módon kell érvényesülnie, ez az esetek nagy részében eredményes, és képes megelőzni különféle betegségek és tünetek kialakulását, esetleg az öngyilkossági kísérletet vagy a bűncselekményt. A krízismegközelítés elmélete szerint a hirtelen létrejövő vagy kiélesedő krízisállapotok a személyiségben és a társas rendszerekben nehezen elviselhető akut feszültséget okoznak, ezt az emberek egyedül képtelenek megoldani, mert megszokott problémamegoldási módszereik csődöt mondtak. Dekompenzáció vagy tüneti reakció fenyeget. Ha ez kialakul, a segítség már sokkal nehezebb, a krízisben lévő emberből páciens lesz, kórházba utalják, a betegszerepen át sokféle egyensúlya rendül meg, önértékelése és énképe romlik. A krízismegközelítésben team – két vagy több szakember (pszichiáter, pszichológus, szociális gondozó, laikus segítő stb.) problémaorientált módon, egyenrangú kapcsolati keretben lép közbe, többnyire pszichológiai eszközökkel, de a környezet (család, közösség, hatóságok) erőforrásait is mozgósítva. Ha az állapot indokolja, gyógyszeres kezelés is elindulhat a krízisellátás keretében, a krízisteam bevonhatja a körzeti orvost és a területi gondozónőket, egészségügyi tisztviselőket is, továbbá a krízismegközelítés mindig számít a közösségben működő egyházi és más önkéntes segítő szervezetekre és kapcsolatban áll az önssegítő csoportokkal.

A krízisintervenció során feszültségvezető, depresszióellenes, enerósító, párterápiás, fokális pszichoterápiás és sok más módszert használnak, az időtényezőt nagyon tudatosan kezelik, érzékenyek az eredményesség kritériumaira. A krízisszolgálatok általában éjjelnappal működnek, van központjuk, ahová be lehet hívni vagy vinni pácienseket, de a lényeg a kiszállás a helyszínre, a bajba jutott ember saját jelentkezése, a körzeti orvos vagy a rendőrség, esetleg

a szomszédság jelzése alapján. Mivel a módszert a hagyományos ellátási formák alternatívájaként vezették be, a hatékonyság vizsgálatára nagy gondot fordítanak, és természetesen a költségeket is figyelemmel kísérik. A módszer alkalmazása eddig nagyon sikeresnek bizonyult. Huddersfieldben alakult ki az első nagyobb központ, ez kb. a 160.000 lakosú város egyik felét ellátja. A hagyományosan ellátott másik városfél kontrollnak használható a hatékonysági vizsgálatokban. Természetesen a súlyos elmebetegségeket a kríziszolgálat is kórházba küldi, de az egyik fő előny e krízisellátási rendszerben, hogy a krónikus pszichiátriai betegek krízisei hospitalizáció nélkül oldhatók meg. Egyértelmű az öngyilkosságmegelőzési effektus is, amely mind a halálos végű esetek, mind pedig a kísérletek számának csökkentésében megmutatkozik.

A huddersfieldi központ néhány éve mint National Institute of Crisis Intervention Therapy and Research néven működik és feladata a krízismegközelítés terjesztése az országban. Számos angliai városban kitűnő krízisteamek működnek, pl. London Barnet nevű városrészében Laing egykori munkatársa, L. Ratna vezetésével. Mivel a krízismegközelítés sajátos szociálpszichiátriai és rendszerintervenciók szemléletet igényel, elméleti és módszertani kérdései külön kutatást, konzultációs és továbbképzési programot feltételez. Ezeket koordinálja a huddersfieldi intézet, amely már több sikeres nemzetközi kongresszust és továbbképző kurzust is rendezett (a legutóbbi nemzetközi konferencia 1990 júniusában Londonban, a Regent's College-ben volt, ezen meghívottként részt vehettem, a rendezvényre a Psychiatria Hung 1990. 4. számában tettem közzé beszámolót). A jelenlegi konferencia a környéken folyó krízisellátási programok szakemberei számára szerveződött, konzultációs és továbbképzési céllal. Nyolcvan szakember vett részt a városi kórház igen jól berendezett továbbképzési szárnyában tartott konferencián, csak néhány pszichiáter és pszichológus volt köztük, és néhány általános orvos, a többség szociális munkás volt, akiket a krízisprogramokban alkalmaztak. Több ún. community health officer, ill. community care nurse vett még részt az intenzív programban, amely mind a három napot teljesen betöltötte (a csoport együtt ebédelt és este két alkalommal egy-egy helyi nagyszállóban együtt vacsorázott, esti beszélgetőprogrammal). A cél az volt, hogy mindenki mindenkivel kapcsolatba kerüljön, tapasztalatot cseréljen, pl. esetleg együttműködést alakítson ki.

Az intenzív program miatt Huddersfield megismerésére alig nyílt lehetőség. A Manchester és Leeds között elterülő, Halifaxszal szinte összeépült ipari város nagyon problémás terület, az angol gyapot- és gyapjufeldolgozó ipar

központja volt ez a vidék, ezt az ipart az olcsó kelet-ázsiai konkurencia tönkretette, mint elmondták, a helyi tőkések is kivonták innen a pénzüket és Ázsiába vitték át. Így itt nagyarányú munkanélküliség, sok otthontalan és gondozásra szoruló ember, kallódó vagy bűnöző fiatal okoz problémát, nagy a drogfertőzöttségi arány, sok a prostituált stb. Krízis tehát van bőven ebben a szép fekvésű, csillag alakban összefutó völgyek közé épült városban, ahol egyes völgyekben üresen állnak vagy dűledeznek az elhagyott gyárak. Valószínűleg nem véletlen, hogy itt jött létre a nemzeti krízisellátó központ, ez azonban az igazgatónak, a nemzetközileg ismert krízis-szakembernek, N. Rao Punukollunak is köszönhető, továbbá a központ több más, ismert szakemberének.

A konferencia elsősorban az egyéni krízisintervenció kérdéseit beszélte meg, a részt vevő központok ismertették saját tapasztalataikat, bemutatták statisztikáikat, megtárgyaltuk az eredményesség vizsgálati kritériumainak és mérésének problémáit (ezek azért fontosak, mert a központok programfinanszírozási alapon működnek, meg kell igényelniük munkájuk folytatásának és fejlesztésének alapjait, és ehhez mintegy el kell számolni a munkával a hatékonyság szempontjából is). Intenzív esetmegbeszélő kiscsoportok voltak, ezeken új technikát tanulhattam, a befejezett, alaposan feldolgozott eseteket mutatták be különböző ellátási fázisban, de legrészletesebben a prezentált kép és az első találkozás metszetében, a csoportok megvitatták a közelítés és beavatkozás optimális módjait, és a csoport konszenzusát vagy az esetleges kibebiztosítási álláspontokat azután a terápia vagy az intervenció bemutatásával lehetett minősíteni. A központ nagyon sok jó szempontskálát, emlékeztető sémát, értékelő skálát használ, ezek segítik a lege artis munkát, de az esetekkel kapcsolatos szakmai kommunikációt és vizsgálódást is.

Nagy hangsúly esett a szociális munkások, ill. az ápolónők (munkájukat tekintve inkább védőnők, körzeti gondozók a megfelelő szakmai szerepek nálunk) krízisellátó munkájára. Lényegében ők végzik a munkát, a pszichiáterek és a klinikai pszichológusok inkább irányítók és konzulensek, a pszichiáter végzi a sürgősségi pszichiátriai feladatokat és az intervenció tervezésének koordinálását, a klinikai pszichológust az esetleges pszichoterápiás beavatkozásokra, a néha szükséges differenciáldiagnosztikai munkára (tesztek) vagy a folyamatkontrollra, eredményességi vizsgálatokra használják. A nővérek és szociális munkások szívesen dolgoznak, készséggel tanulják a módszereket, nyitottak, lelkesek, tucatnyi igen kiváló, színes embert ismertem meg most közülük. Nagy gondot fordítanak a csapatok belső kommunikációs légkörére és a krízisintervenció intenzív és felelős munkáját végzők saját lelki egészségé-

nek védelmére. A kiégés, kifáradás, a másodlagos tünetképzés gyakori a krízisközelítésben dolgozók között, ha ezt nem védik ki speciális csoportmunkával, teamirányítással.

Rendkívül érdekes tematikus súlypontok is voltak a konferencián, pl. speciális krízisformák ellátásának módjairól, számomra a súlyos, életveszélyes betegség kialakulásakor fellépő krízisek megoldása, az incesztusok miatti (az UK-ban meglepően gyakori) krízisek, továbbá a megerőszakolások utáni krízisek közelítése, valamint a hirtelen halál okozta családi krízisek kezelése volt igencsak tanulságos. Egy délelőtti pár- és családterápiás technikákról szolt a krízismegközelítésben, ez volt az a terület, amelyben magam is hozzájárulhattam a konferencia programjához. Egészében az a benyomásom alakult ki, hogy igazán újat a konferencia csak a konkrét tapasztalatok és a nagyon színes esetanyag síkján adott, elméletileg és módszertanilag mindent ismertem már, amiről szó volt, mégis igen eleven és megragadó élményt jelentett a részvétel, már csak az egységes és szisztematikus témafeldolgozás miatt is. Az élményben azonban nagy része volt a rendkívül közvetlen, munkaorientált hangulatnak. Szinte az egész csoport összebarátkozott és folyamatos kommunikációban állt egymással, és aki az angolokat némileg is ismeri, az tudja, hogy ez ott nem kis dolog. A ködös Albionban szokásos státustudatosságnak és elhatárolódásnak itt nyoma sem volt, itt mindenkit a tárgy, a munka érdekelt szenvedélyesen.

Hálás vagyok dr. Rao Punukollunak és az intézet többi szakemberének a meghívásért, a különösen kedves fogadtatásért és a különböző kedvezményekért. Az intézet készséggel segít a krízisintervenciók módszerek meghonosításában másutt is. 1991 februárjában az indiai Hyderabadban szerveznek pl. konferenciát a megközelítés ottani terjesztése érdekében (erre már mint az oktató stáb tagja kaptam meghívást), így készséggel segítenének hazai krízisellátó szolgálatok kialakításában is. Megítélésem szerint erre nálunk is nagy szükség lenne, és előbb-utóbb az egészségügyi ellátás kénytelen lesz valóban képviselni a megelőzés és az egészségmegőrzés elveit, figyelemmel kell lennie az ellátási módok költség/haszon viszonyaira és hatékonysági mutatóira, továbbá a közösségi, lakossági igényekre, és mindezek a szempontok leginkább a krízisintervenciók megközelítésben testesülnek meg az elmeegészségügy, ill. a mentálhigiéné terén. A Huddersfieldben tanultakra, ill. tanulható ismeretekre és a segítő kontaktusra talán egyszer szükség lehet itthon. Igen hálás vagyok, hogy a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet is segített, hogy erre a konferenciára elutazhassak és ezt a szakmai kapcsolatot tarthassam.

III.
PSZICHOTERÁPIA ÉS
MENTÁLHIGIÉNÉ
C) HÁZASSÁG, CSALÁD,
CSALÁDTERÁPIA

33. A házasság dilemmái a mai társadalomban

A házasságról idestova száz éve mondogatják már, hogy válságban van. Már a századforduló drámái, regényei is szóltak erről. Az utolsó néhány évtizedben pedig ez nem csupán az irodalom és a film központi témája, hanem társadalomfilozófusok és szociológusok is mind többet foglalkoznak vele.

Elsősorban a válások nagy és növekvő számaránya kelti a válság érzését. Különböző számokat szoktak említeni. Az nagyjából reálisnak látszik, hogy az ezredfordulóra kb. minden három házasság közül egy felbomlik. De vannak olyan becslések”, hogy minden második házasságnak végül is válás lesz a vége.

Az előrejelzésekben az okoz bizonytalanságot, hogyan határozzuk meg a válás fogalmát. A statisztikákba rendszerint a bírósági döntések által megszakított házassági együttélések száma szerepel. De a kutatók jól tudják, hogy ennél jóval több a gyakorlatilag elvált házastársak száma, akik nem viszik (többnyire egyelőre) bíróság elé a dolgot, ki-ki éli a maga életét. Vannak hazai adataink (Lócsei Pál szociológus vizsgálatai a hatvanas évekből), amelyek szerint nálunk is nagyon gyakori a funkcionálisan különvált párok száma, akik azonban jogilag még házasanak számítanak.

A krízis kinyilvánításának másik oka: a házasságokon belüli feszültségek, konfliktusok nagy száma. Nagyon kevés házasság van, amelyben nagyobb feszültségek, konfliktusok időről időre ne támadnának. Általában egyik vagy másik fél ilyenkor a házasság intézményét érzi nyűgnek, béklyónak magán. A konfliktusok alatt megnehezül vagy felfüggesztődik a házasságból eredő alapvető funkciók némelyike, pl. a házasság ilyenkor nem szilárd alapja a családnak, nem segíti a gyerekek harmonikus lelki fejlődését. A jónak mondható házasságokban is sok az olyan vita, ellentmondás, feszültség, ami társadalmi szinten is gyakran megjelenő kérdés, amiben nemcsak a pár jut nehezen egyetértésre, hanem amiről alig tudják a szakemberek is megmondani, hogyan és mi a helyes. Ilyen pl. a házasságon belüli szexuális hűség, a házassággal kapcsolatos gazdasági döntések, a házassági munkamegosztás stb. kérdése. Ezekben a viták többnyire egy tengelyen mozognak, az irányító szerep és az egyenjogúság közötti vonulatban. Szokások, hagyományok, sőt, egyes esetekben még törvények is egyik fél irányító, vezető, domináns szerepét engedik meg, miközben terjedőben van az egyenjogúság elve, ezt a legtöbb mo-

den ipari társadalomban törvénybe is iktatták és ezért erős társadalmi mozgalmak (pl. feminizmus) is küzdenek, ám ez egyelőre nem tekinthető még teljesen megvalósultnak. Többnyire a férfiaknak van több joguk, lehetőségük arra, hogy a házasságon belül megszabó szerepet töltsenek be, így nekik általában több jut a szexuális szabadságból, a gazdasági döntések előnyeiből, és ők azok, akik munkájukat általában a családon kívül szervezik meg, és előszeretettel hagyják a nő részére az otthon tisztántartását, a konyhát és a gyerekeket.

Kell-e még a házasság?

Elég régen megfogalmazódott már az a válasz a felmerülő problémákra, hogy a házasság elavult intézmény, nincs rá szükség, pótolni kellene valami mással. A legkülönbözőbb érvekkel szokták ezt a radikális álláspontot alátámasztani, némelyikben van is igazság, nem is kevés. Szokták mondani, hogy a házasság tulajdonjogi viszonyokat állít fel egymással kapcsolatosan emberek között, birtokolják egymást szexuálisan, gazdaságilag, a birtoklásban megvan a kiszákmányolás lehetősége. Mondják, hogy a házasságban „elkényelmesednek” egymással szemben a felek, éppen a „birtoklás” miatt nem kell erőfeszítést tenniük egymás megtartására. Mások a szabadságot, az önmegvalósítás lehetőségét említik, melyet a házasság akadályoz. Vannak, akik a kétgenerációs, ún. nukleáris család szerkezetét tartják idejét múltnak, mert ez a gyereket a közösségből kiszakított módon neveli, ha pedig a család nem optimális „személyiségújratermelő” rendszer, akkor a házasság jelenlegi formájának egyik legfőbb indoka kérdőjeleződik meg.

Bizonyos fokig a házasság intézményének kritikáját jelenti, hogy világszerte nő a házasság nélkül együtt élő párok száma, akik együttélésüket ideiglenesnek tekintik. A hetvenes évek végére az Egyesült Államokban több mint 3%-a az együtt élő pároknak házasság nélkül élt együtt, ez az előző tíz év során kb. 1%-os emelkedést tükröz. Lanyhult a házassági kedv, ami az ötvenes-hatvanas években világszerte nagy volt. Ez azt jelenti, hogy a párok korán házasodtak és nagyobb számban, mint előzőleg, a különböző korcsoportokban kevesebb volt a házasság nélkül élő, mint régen. Csökkent az újraházasodás gyakorisága is. Bárhogyan is nézzük azonban, a házasság még igen erős intézmény, legfeljebb egyeduralma van megrendülésben, az emberek többsége még kötődik a házassághoz mint együttélési formához. A fő motiváció ugyan a családalapítás, de a gyermektelen együttélésben is a házasság az uralkodó forma. Vizsgálták a házasság nélküli együttéléseket, és kitűnt, ezek nagyon kevésben különböznek a házasságtól, ugyanezt a mintázatot követik (tehát pl.

az ilyen párok sem. adnak nagyobb szabadságot egymásnak, mint az átlagos házaspárok stb.). A házasság nélküli együttélés nem igazi alternatívája tehát a házasságnak. Voltaképpen egyetlen életképes alternatívája sincs, nem váltak be – nem is nagyon maradtak fenn – az ún. kommunák, amelyekben a hatvanas években sokan az új közösségi együttélési formát látták, és az embereket tartósan nem elégíti ki a magány szabadsága és az ebből eredő változékony vagy promiszkuus életmód, kötődni akarnak, együtt akarnak élni a másikkal. Érdekes adat, hogy a nyugati országokban a viszonylag szabad körülmények között élő homoszexuálisok is mind gyakrabban párokban, házasságszerű együttélésben élnek, sőt, még az esküvő rítusát is megpróbálják megvalósítani. Indirekt módon ez is mintegy a házasság létformájának nélkülözhetetlenségét fejezi ki.

Mi is a baj ma a házassággal?

Sokan keresik, vizsgálják, mi is a baj napjainkban a házasságban. A vallás-erkölcsi gondolkodású emberek szerint az emberek önfegyelme hiányos, nem tudnak lemondani, áldozatot hozni egymásért, nem fékezik meg szexuális vágyaikat. A világi szemléletűek inkább azt hangsúlyozzák, hogy nem jól választják meg az emberek a párjukat. Régi nézet, hogy nem szabad túl korán házasodni, mert akkor még nem tud megfelelően választani az ember. Szokták mondani, hogy túl könnyű a válás, a társadalom túl toleráns a házassági konfliktusokkal kapcsolatosan. Régen bezzeg az egész közösség a házasság összetartásán fáradozott.

A tudományos magyarázat az, hogy a mai emberek individualizáltak és később fejeződik be pszichológiai érésük, mint korábban. A biológiai és a szociális felnőttkor korábban jön létre, mint a lelki felnőtté válás. A fiatal emberek huzamosan keresik a választ arra a kérdésre, kik is ők igazában, mit akarnak, milyen célokat kell maguk elé tűzzenek, milyen értékek szerint éljenek. A fiatal felnőttkor kb. két évtizednyi idejében az emberek fokozatos változási folyamaton mennek keresztül. Időnként ez a változás felgyorsul, hirtelen formában jelentkezik. De lassú változás is igen nagy átalakulásokat visz végbe az egész mentalitásban, értékrendszerben. A házasság, különösképpen a fiatalkori házasság viszont meghatározott lelki alapokra épül, kölcsönös szükségletekre, nézetazonosságokra, és addig tud egyensúlyban maradni, amíg ezek a szükségletek kielégülnek és az azonosságok érvényesek. A jó házasságban a két személyiség nagyjából hasonló ütemben és egymásra vonatkoztatottan, összefüggésben fejlődik. A fejlődés tendenciáiban azonban általában sok a különbség a párban, és különösen sok az eltérés a fejlesztő, változtató hatások-

ban. A változási tendenciák különbözőségei a családi szokások, szülői minták differenciáiból adódnak, ezek akkor is jelentősek a személyiségben, ha a házasság előtt vagy alatt nem is tudatosul. A népi bölcsesség erre sokszor utal (nézd meg az anyját, vedd el a lányát” stb.), és a gyakorlati házassági tanácsadásban is központi elv, hogy érdemes átgondolni, tud-e valaki alkalmazkodni jövőbeni élete párjának szüleihez, el tudja-e fogadni azokat is, mert az ő tulajdonságaik előkerülnek majd a házasságban. A fejlesztő erők a személyiséget körülvevő új emberi kapcsolatok, új csoportok. Ezek főleg a munkával, hivatással kapcsolatosan alakulnak ki. A két nem az ilyen személyközi fejlesztő erők szempontjából nem egyenlő helyzetben van. A férfiakat ma is kevésbé köti a házasság, ők szabadabban kapcsolódnak különféle baráti csoportokhoz és a munkahelyi csoportokon belül is könnyebben jutnak meghatározó helyzetbe. A nőket a házasság meglehetősen visszafogja, még inkább a család. A gyerek születése pedig egyenesen visszaveti a nőket karrierjükben, kiszakítja nemcsak munkahelyi csoportjaikból, de általában baráti kapcsolataikból is. Így tehát a férfiak gyorsabban és nagyobb ívben változnak, mint a nők, nagyobb gyakorisággal alakulnak ki titkos párkapcsolataik, kalandjaik. Gyakoriak a kommunikációs zárlatok a házasságban, esetleg évekig kerülnek a kényes témákat, nem akarnak vitát, veszekedést, emiatt azután nagyobb a hirtelen nagy krízis, konfliktus valószínűsége, a kényelmetlen „titkok” kiderülése, a fájdalmas realizálás szükséglete, hogy a másik már nem az az ember, akivel házasságra lépett valaki, a másik már megváltozott. Nagyon sokszor új párkapcsolat lehetősége, új szerelem „robbant” és hozza elő a sok éven át elfojtott problémákat. Sajnos, a házasságok többségében nagyon sok rejtett probléma halmozódik fel, elfojtott szexuális igénykülönbségektől a házassági döntésekért folytatott hatalmi harc eseményeiig.

Úgy tűnik tehát, hogy a mai házasság a mai ember felgyorsult, de ugyanakkor elhúzódozó és egészében nagy ívű pszichológiai fejlődése, ennek differenciális üteme miatt veszélyeztetett intézmény, ami azért is törekeny, mert a ma embere nagyon is tudatosítja, hogy „egyszer élünk”, a házasságban meg akarja valósítani önmagát, és nincs a fejében semmi olyan ideológia, amely törést, lemondást, önmegtadást írna elő számára.

A házasság pozitív oldala

Ugyanakkor el kell mondani, hogy a házasság nemcsak azért él és mondható életképesnek, mert nincs igazi alternatívája. Azért is eleven, mert igen nagy lelki szüksége van rá az embernek, a modern embernek is. Még a lelki fejlődés sem haladhat az esetek többségében – zavartalanul, ha valaki fiatal felnőttko-

rát magában éli. A másik emberrel való együttélés, a másikhoz való teljes alkalmazkodás szükséglete nagymértékben fejlesztő hatású. Mai tapasztalataink szerint házasság vagy huzamosabb ideig tartó házasságszerű együttélés nélkül az ember képtelen megtanulni igazán kapcsolatokat kötni és fenntartani, kommunikálni, konfliktusokat megoldani, érzelmi helyzeteket átélni. Csak ilyen együttélésben nyílik meg egy másik ember annyira, hogy önmagunk tükre is legyen és bepillantást engedjen egy gyakorlatilag másik világba. Aki ezt a különös, ma még nehezen leírható élményanyagot, „tananyagot” nem sajátítja el, az fogyatékos marad, annak még súlyosabb bajok veszélye lebeg a feje felett, mint a házassági krízis vagy a válás. A családalapításban pedig különösen a házasság az alap, a család pedig a legtöbb egészséges ember természetes igénye, és a felnövekvő gyerekekkel való kapcsolat, a családi kis csoport tagságának és időszakos irányításának élménye ugyanúgy elmaradhatatlan ingeranyag a harmonikus és a teljes pszichológiai fejlődéshez és lelki élethez, mint a házasság.

Sokat jelent a másik teljes elvállalása is. Ebben rejlik a házasságnak mint klasszikus együttélési formának egy sajátos értéke, előnye is. Mai tudásunk szerint van fontossága a nyíltan vállalt „szerződésnek” egymással szemben, az ünnepélyességnek és a rítusnak, ami az egybekelést kíséri, a nászútnak, a lakodalomnak, a jeggyűrűnek és a sokféle formáságnak, amit a mai ember már nem szívesen vállal. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy éppen ezek a formák szükségesek, amik ma vannak, és mindre szükség van. Kell viszont az ünnepélyes kezdés élménye, a lelkesült hangulat, a közös készülődés nehézségeit és kényelmetlenségeit is legyűrő szerelem és kölcsönös ragaszkodás, kell, hogy a családi, rokoni és baráti környezet is átélje, hogy a fiatalok új létformába kerültek át. Úgy tűnik, ha ez a társas rítus teljesen lefoszlik a házasságról vagy az együttéléstről, ebből lélektani veszteség is származik. De úgy mutatják az adatok, hogy az emberek többsége kitartóan ragaszkodik, ösztönösen ragaszkodik a formákhoz, még ha ezek egy részét meg is mosolyogja vagy lelkileg távol kerül ennek lényegétől. Ma sem halt ki a díszes mennyegzői öltözék, a lakodalmi multság, az ajándékozások szokása, a jókívánságok csokra stb.

Mi hát a megoldás?

Nem lehet tehát a házasságot „leírni”, elparentálni. De ugyanakkor nyilvánvaló, hogy nem lehet magára hagyni sem. A házasság a mai ember tudatában – kijelenthetjük bátran – azért él csalódáskeltő intézmény képében, mert túl szűken és tradicionálisan gondolkodik felőle. Úgy véli mindenki, hogy a házas-

ságnak vagy valamely alternatívájának önmagától kellene jól működni. Ez az előző évszázadok gondolkodásmódja volt, amikor a lényeg az volt, hogy a házasság létrejöttön, utána már befejezettek, társadalmilag szabályozottnak látták az életet. Még a mesék, mondák is mindig a házasság előtti nehézségekkel és viszontagságokkal foglalkoztak, azután jött a hetedhétországra szóló lakodalom leírása, amely után a pár „boldogan élt, míg meg nem halt”. A mai mesének fordított kellene legyen a logikája, a mai fiatal viszonylag boldogan elégedél, sodródik, amíg el nem kezdi vállalni a másik emberrel való teljes, felnőtt, felelős kapcsolatot, az önálló együttélés, a közös fejlődés és vállalás feladatát. Ettől kezdve jönnek a nehézségek, ha;ok, feszültségek, és küzdve, változva kell élni, amíg csak az ember meg nem hal. E küzdelmes folyamatnak azonban igen sok az öröme, haszna. Ha kudarcba is fullad, a kudarc itt a válás, lehet újrakezdeni. Általában minden válás változtat, mondjuk ki bátran, érlel a személyiségen, és a második házasság általában jobb, realisabb, teherbíróbb az elsónél.

A válás persze nagyon sok bonyodalommal jár, hátrányosan hat a gyerekekre, így azután biztosan nem az a megoldás, hogy az érés ilyen kataklizmákon át történjen. Inkább a „modern mese” tanulságát kellene levonni. Számtalan szervezett, intézményes módját ismerjük már annak, hogyan lehet előkészíteni a házasságra és hogyan lehet óvni, elősegíteni a házasság harmóniáját. Különbéféle pszichológiai felkészítő programok, tanácsadások vannak, lehet segíteni a házasság szexuális nehézségein, létezik házasságtérápia, házassági krízisszolgálat, házassági és családi tanácsadás stb. Intézményes eszközök is sokat segíthetnek a házasság problémáinak megoldásában. Leginkább arra lenne szükség, hogy a társadalom tudatosítsa, a házasság nehéz dolog, problémákkal teli, védeni kell, és érdemes is védeni, és egészséges fennmaradásában és működésében nemcsak a társadalom érdekelt, hanem az egyén is.

Messze vezetne annak bemutatása, hogyan lehetne az embereket segíteni és fejleszteni, hogy jól tudjanak élni a házasságokban. Ez külön tanulmányt igényelne. Csak példaként érdemes megemlíteni, hogy egy módszer a házaspárokat veszekedni tanítja. E módszer szakemberei azt mutatták ki, hogy az emberek nem tudnak veszekedni... Vagy félnek a veszekedéstől és kerülnek, vagy destruktív módon veszekednek (pl. nem a maguk igényét vagy sérelmét említik, hanem a másikat „minősítik”, annak jellemvonásait, tulajdonságait emlegetik, ill. a feljüük áramló hasonló kifogások ellen védekeznek). Ha a pár tud konstruktív módon veszekedni, akkor a bajokat, vitás kérdéseket nem söprik az asztal alá, akkor jobban megértik egymást, és akkor könnyebben tudnak együtt fejlődni, változni...

34. A családterápia kibontakozása

George és Vasso Vassiliou, az Athenian Institute of Anthropos irányítói a hatvanas évek óta kb. háromévenként rendezik meg az International Delphic Symposium on Family Therapy értekezleteit. A rendezvény immár hagyományos szerkezetű. A családterápia nemzetközileg ismert szakembereinek kis csoportját hívják meg, ők legújabb tapasztalataikat, vizsgálataikat, módszereiket mutatják be előadásokon és workshopokban. Ezeken részt vehetnek külföldi érdeklődők is, és főleg görög szakemberek, akiknek így módjukban áll találkozni kiemelkedő családterapeutákkal, és van lehetőségük kérdéseket feltenni nekik, ill. megvitatni velük az előadott ismereteket. A meghívott családterapeuták általában egy helyen laknak és számos közös programot szerveznek számukra, így ők is alkalmat kapnak arra, hogy egymással információkat cserélhessenek, vitatkozhassanak. A rendezvények nemzetközi támogatásban is részesülnek, az utóbbi szimpóziumok pl. a World Psychiatric Association (WPA) pszichoterápiás szekciójának társrendezésében valósultak meg. De más nemzetközi szervezetek is közreműködnek és gyakorlatilag minden illetékes szakterület (pl. pszichiátria, pszichológia, gyermekpszichiátria, szociális gondozás stb.) görög társaságai is segítenek a rendezésben és a szimpóziumokat a magukénak ismerik el.

Így volt ez a VIII. International Delphic Symposium on Family Therapy esetében is, amelyet Athénben rendeztek 1985. április 22. és 26. között. A rendező George Vassiliou és az Anthropos Intézet volt. A WPA pszichoterápiás szekciója részéről David Rubinstein (Philadelphia) töltötte be a társelnöki tiszti, míg a WPA elnöke, Kostas Stephanis athéni professzor tiszteletbeli elnökkén; vett részt és vezette a záró panelt. A rendezvény elnökségében helyet foglalt Ch. Christozov, a szófiai egyetem tanára, az európai gyermekpszichiátriai társaság elnöke is.

A rendezvény a tengerparthoz közel, a Syngrou sugárúton lévő Evgenidion Foundation épületében és a mellette lévő Athens Chandris Hotelben zajlott, ahol a meghívott külföldiek is laktak. Kb. harminc külföldi meghívott volt jelen, mintegy 12 országból, rajtuk kívül még hozzávetőleg 20 külföldi jött el, egy részük a meghívottak családtagjai, más részük külföldi érdeklődő szakemberek. A görög résztvevők száma négyszázra tehető. Az Evgenidion Foundation nagy előadótermében az előadások és a workshopok egy része a

három hivatalos nyelven (angol, francia, görög) szinkron tolmácsolással folyt. A VIII. Nemzetközi Delphi Szimpózium témája a családterápia kibontakozása volt, ezzel a rendezők nyilván azt kívánták kifejezni, hogy a családterápia már nem új, jelentős fejlődésen ment át. A mai aktuális kérdés az, hogyan fejlődik, bontakozik ki korunkban ez a terápiás irányzat.

A szimpózium igen kellemes körülmények között zajlott. Athénben ilyenkor a legszebb a tavasz. Meleg van, minden teli virággal, a levegőt a különféle akácfajták és a vadnarancsok virágainak illata tölti be (hacsak alábbhagy az óriási autóforgalom, ami néha igencsak elrontja a levegőt, vagy ha éppen nincs szmog a városban), az emberek élénkek, vidámak. Az első négy napon a város életéből meglehetősen keveset láthattunk, mert a szimpózium eléggé lekötötte az időt, legfeljebb a szemben lévő lóversenytér eseményeit figyelhetjük, a szüntelenül gyakorlatozó lovasokat, ha éppen kávészünet volt.

A szimpózium minden napján adódott valamilyen társasági alkalom, amelyen a résztvevők – különösképpen a külföldi résztvevők, de a vezető görög szakemberek egy része is – találkozhatott egymással. Volt fogadás a Benaki múzeumban, az attikai hegyek között, Athéntől kb. 50 kilométer távolságra lévő Vorre múzeumban (magányűjtemény a görög népművészet emlékeiből és a modern görög művészetek köréből), volt halvacSORa Vouliagmeniben, záróvacSORa az Akropolisz alján lévő Dionysios vendéglőben stb. Az utolsó nap közös kirándulást rendeztek Delphibe, a szimpózium hagyománya, hogy az utolsó beszélgetés mindig itt zajlik le. Most a boiothiaiak és az athéniek kincsháza között ültünk körbe, ott, ahol a „világ köldökének” nevezett kúp alakú nagy kő helyezkedik el. Itt került sor a zárómegbeszélésre és a résztvevők – már mint kedves barátok – itt búcsúztak el egymástól és a vendéglátó görög házigazdáktól. A szimpózium befejezése után még egy napon át folytak a megbeszélések, módszerbemutatók, viták az Anthropos intézetben, egyikünk (B.B.dr.) ezen is részt vett (ez ápr. 26-án volt), itt mutatta be pl. V. Szyrynski ottawai professzor „két ház tesz” elnevezésű szellemes, egyszerű módszerét, amely gyermekek család szempontú explorációjára alkalmas.

A szimpózium előadói – túlzás nélkül mondható – a családterápia legismertebb képviselői, világnagyságai voltak. Közülük is kiemelkedett Paul Watzlawick, a palo altói Mental Research Institute munkatársa, az ott folyó rövidpszichoterápiás kutatóprogram igazgatója. Watzlawick a kommunikációkutatás egyik úttörője, Bateson tanítványa, számos könyve ma már a témakör klasszikusa. Legújabb könyve, „A helyzet reménytelen – de nem komoly” (The Situation is Hopeless – But not Serious) a neurózis kommunikációs dinamikáját tárgyalja, hatalmas könyvsiker. Mint Watzlawicktól megtudtuk, már

magyar kiadásra is lekötötték (valószínűleg nem szakmai kiadó, hiszen ez a könyv olyan, mint Berne „Emberi játszmák”-ja vagy a nemrég megjelent Laing-könyvek, elsősorban a nagyközönségnek szól, közérthető, ugyanakkor persze a szakemberek közössége számára is fontos olvasmány). Watzlawick voltaképpen a családterápiánál tágabb témát választott. Azt fejtette ki, hogy a pszichoterápiának szerinte rövidnek és célorientáltnak kell lennie, ennek érdekében nemcsak a beteg társas kapcsolati rendszerét kell bevonnia, ha lehet, és arra is kell hatnia, hanem elsősorban arra kell törekednie, hogy a beteget viselkedésre, cselekvésre bírja. Watzlawick amellet érvelt, hogy saját tapasztalatai és számos kutatás szerint a betegeken a felismerés, a tudatosítás, ami a pszichoanalitikus jellegű pszichoterápiák fő hatásmódja, nem segít vagy csak nagyon lassan változtat. Ha viszont cselekvésre, aktív viselkedési teljesítményekre lehet bírni őket, ennek nyomán nem csupán a változás könnyebb, hanem általában belátás, a helyzet újszerű felismerése is bekövetkezik. A beteg aktivitásának fontossága miatt a pszichoterápiának Watzlawick szerint mindig viselkedésformákat kell előírnia, mégpedig paradox célzattal. Az előírt viselkedés valamilyen szinten ellentétes kell legyen a tünetek, problémák motivációs mechanizmusaival vagy interperszonális célmomentumaival. A terapeuta feladata, hogy megtalálja a viselkedési előírás megfelelő paradox szerkezetét és ezt a beteggel elfogadtassa. Watzlawick előadásában és workshopján főleg ennek technikájáról beszélt. Az elfogadtatás és motiválás érdekében sajátos kommunikációs rendszert dolgozott ki, „injunctive language”-nek, vagyis rábeszélő nyelvnek nevezi ezt, utalva arra, hogy a terapeutának sajátos szóhasználatra van szüksége. Időzítenie, tartalmilag strukturálnia kell közlendőit. Ezt a technikát számos eseteleírás is bemutatta. A résztvevőknek volt módjuk a workshopon az eljárást meg is vitatni vele. Watzlawick workshopja volt a rendezvényen a legnagyobb, csaknem a teljes résztvevőszám megjelent. Egyébként csak a workshopok futottak párhuzamosan, minden délután három zajlott le egyidejűleg, az összes többi program plenáris volt.

Kiemelkedő volt még Helm Stierlin heidelbergi professzor, az ottani családterápiás intézet igazgatójának szereplése, ő az anorexia nervosa családterápiájáról beszélt, ennek háttérében jellegzetes családindinamikát és családpatológiát tárt fel. Éppen most folyik kb. 70 kezelt esetük katamnesztikus felmérése, a 31 felmért beteg és család katamnesztikus tanulságait foglalta össze. A New Yorki Ackermann Családterápiás Intézet munkatársa, Peggy Papp (családja valaha Erdélyből vándorolt ki, ő maga azonban már elvesztette kontaktusát a magyar nyelvvel és kultúrával) is igen érdekes előadást tartott és szemináriumot vezetett. Ő párterápiával foglalkozik, a családhoz a házaspáron

keresztül közelít. Ehhez külön módszert dolgozott ki, a pár számára fantázia-tevékenységet ír elő, és ezeken az ún. irányított fantáziákon át közelíti meg a pár rejtett emocionális és kommunikációs problémáit. Ilyen módon fókális, rövid, nagyon hatékony terápiás beavatkozásokat képes lebonyolítani. Ezt meggyőzően demonstrálta, többek között videofelvételek segítségével is. Itt kell megemlíteni, hogy az előadók többsége videón is bemutatta módszereit, terápiás fogásait. Ez már cégi hagyomány a családterápiában, ez volt az az ágazat, amelyik talán legkorábban rendszeresítette a videó használatát. De ahogyan már más családterápiás rendezvény (pl. az 1983-ban zajlott brüsszeli családterápiás konferencia) benyomásai is mutatták, a videó ma mindinkább demonstrációs, oktatási eszköz, a képzésben, a szupervízióban és a kutatásban egyre inkább a közvetlen megfigyelés kap szerepet. Ez többnyire egyirányú tükrön át történik, természetesen a család tudtával és beleegyezésével. Mint Athénben is elmondották, a családok általában készségesen elfogadják, hogy a szakemberek teamje megfigyeli őket. Számos helyen a megfigyelő szakemberek beleszólnak a terápiás folyamatba is. Watzlawick pl. beszámolt arról, hogy nemcsak a képzésben lévőknek szólnak be telefonon (vagy akár mennek be személyesen szólni a terápiás helyiségbe), ha valami fontosra, kínálkozó alkalomra akarják felhívni a figyelmét, hanem tapasztalt terapeuták is igyekeznek segíteni egymást ötleteikkel, megfigyeléseikkel. A terápiát végző szakember nem kell, hogy elfogadja a kapott javaslatokat, akár még mérges is lehet a közbeavatkozás miatt. A terápiás team kommunikációja azonban mindig olyan reális helyzeti feszültségeket teremt, amelyek a terápiát megkönnyítik, előbbre viszik. Minden „közbeszólásban” van valamilyen kommunikációs alkalom, amit a terapeuta felhasználhat, hogy a családot megmozgassa.

Az előadások és módszerbemutatók egy része érdekes módon közös problémát tárgyalt, azt, hogy a családterápiás megközelítési módok eddig külön álló iskolái és irányzatai közelednek egymáshoz és ma egész közeli lehetőségnek látszik a teljes elméleti és módszertani integráció, továbbá a családterápiás és más – pl. egyéni és csoportos – terápiás technikák összehangolása, azonos szemléletű tervezése és vezetése is lehetséges. Ezt illusztrálta David Rubinstein, Robin Skynner, a portugál Pina de Prata, vagy a kaliforniai Claus B. Bahnson előadása. Főleg Robin Skynner londoni párterapeuta szellemessége és módszertani találékonysága volt lenyűgöző. David Mendell houstoni családterapeuta különösen érdekes megfigyeléseket tett. Évtizedekkel ezelőtt családterápiában részesült családok második és harmadik felnőtt generációjában figyelte meg, hogy a család terápiában tanult és átélt problémamegoldási, kommunikációs, érzelmnyilvánítási stb. módszerei a gyerekek és unokák

családjaiban is érvényesültek. Ez a családterápia nagy mentálhigiénés jelentőségére mutat. Említést érdemel Stephen Fleck, a szimpózium doyenje, aki az egyik első családpatológiai szkizofréniaelmélet megalkotója volt az ötvenes években. Most módszereket mutatott be: hogyan lehet mérni, vizsgálni a családok patológiáját. Három érdekes francia szakember is részt vett a szimpóziumon, a Norvégiában dolgozó Phillippe Caillé az elméleti modellek szerepét vizsgálta a családterápiában, a Genfben tevékenykedő belga Guy Ausloos a család életének idődimenzióját elemezte. Szerinte a pszichotikus vagy a bűnöző serdülő a család időszabályozási kórtanának két szélső, polárisan ellentétes változatát tükrözi. Ez az előadás és az ezt követő workshop különösen érdekes volt. Gyakorlati jelentősége miatt érdemel szót a lyoni Yves Colas előadása és workshopja. Ő az időskori demenciák (Alzheimer-betegség, arterioszklerotikus demencia stb.) családdinamikai hátterét vizsgálta. Meggyőzően mutatta ki, hogy az elbutult idős ember körül szinte szükségképpen kórossá válik a családi rendszer, ez általában az idős beteg tüneteit is fokozza. A családterápia ilyenkor nagyon előnyös hatású, még az elbutulás kellemetlen tünetei is enyhülnek, és a család jobban képes elviselni az idős beteg ápolásának terhét. Némileg hasonló volt ehhez a már említett Bahnson előadása, ő a szomatikus betegségek – különösképpen a krónikus betegségek – felléptével kapcsolatosan írt le hasonló dinamikát és ajánlott családterápiát. A rákos betegek családi helyzete meglepően hasonlított a Colas által bemutatott családi helyzetképhez a demenciákkal kapcsolatosan. A szomatikus és degeneratív betegségekkel összefüggő családterápiás perspektíva újszerű és az egészségügyi gyakorlat szempontjából is nagyon jelentős vetület a mai családterápiában.

Sok más érdekes információ is elhangzott és elsősorban személyes beszélgetések során tudtunk meg sok kutatásszervezési, képzési és egyéb adatot. A személyes beszélgetések során különösen jó viszony alakult ki a szimpózium két bolgár vendégével, az említett Christozov professzorral és munkatársával, Toma Tomovval. Tőlük tudjuk, hogy a WHO nagy devizaösszeget adott hosszú távú családterápiás programok (köztük körzeti orvosokat képző program) megindítására. Tomov tartja a kapcsolatot a WHO megfelelő szervével, tudomása szerint hasonló programra Magyarország is kapott felkérést. Arról is tud – és erről hazai hírek is vannak –, hogy mentálhigiénés fejlesztésre Magyarország kapott is devizális támogatást. Rossz érzés volt, hogy erről mi semmit sem tudtunk, hiszen ilyesmiről a szakma híradást nem kapott. A WHO-val és más nemzetközi – anyagi támogatás nyújtására alkalmas – szervekkel való jó kapcsolatok és termékeny együttműködés információit kaptuk a

jugoszláv résztvevőktől, elsősorban a zágrábi Nebojsa Lasictól és a belgrádi B. Gacicktól. A jugoszláv családterápiás helyzet és mentálhigiénés fejlemények különösen érdekes képet mutatnak. Meglepő volt hallani, milyen sok helyen foglalkoznak Jugoszláviában alkohol- és drogbetegek családterápiás kezelésével.

Kellemes és tanulságos beszélgetéseket folytattunk görög szakemberekkel. Többnyire fiatal, lelkes szakemberek vettek részt a szimpóziumon, többségük külföldön végzett vagy járt néhány évet egyetemre, ill. posztgraduális képzésben vett részt, mindegyik nagyon jól tudott tehát nyelveket. Ők a szimpózium előadásaihoz és a workshopokhoz jól tudtak kapcsolódni, színvonalas kérdéseik és hozzászólásaik voltak.

Az egész rendezvényt a nagyon jó hangulatú, a szeretetteljes, baráti légkör jellemezte. Ez elsősorban a Vassiliou házaspárnak volt köszönhető. A szimpózium titkárságának bonyolult feladatait a Vassiliou család három felnőtt lánya és az Anthropos Intézet munkatársai látták el, kitűnően. A Vassiliou házaspár rövidebb előadásokat, hozzászólásokat tartott, ebben főleg a család rendszerszemléletű vizsgálatát és terápiáját képviselték, de elsősorban a rendezvény vitáinak facilitálását tűzték ki célul. Nagyon megtisztelő volt kedvességük és segítőkészségük, amely felénk is irányult. Mondhatjuk, hogy a bolgár kollégákkal együtt mi is kiemelt figyelemben részesültünk, pl. lehetőséget kaptunk az utókongresszusi napon való részvételre, egyikünkötől rövid előadást kértek (B.B. dr.) a magyar család jellegzetes pszichodinamikai és kommunikációs folyamatairól és a családterápia hazai tapasztalatairól. Az Anthropos Intézet mindkettőnk repülőjegyét és minden költségét fedezte. Igen hálásak vagyunk ezért a Vassiliou házaspárnak, akik már nem az első alkalommal tanúsítanak ilyen figyelmet és segítőkészséget magyar szakemberek iránt, és akiknek hazai előadásai sokban hozzájárultak a családterápia honi fejlődéséhez. Itt kell megköszönni nekik, hogy e nyáron 8 magyar fiatal családterapeuta számára lehetővé teszik, hogy Leszbosz szigetén, a Vassiliou család ottani házában egyhetes, angol nyelvű családterápiás továbbképző szemináriumon vegyenek részt, amelyet a Vassiliou házaspár mellett az Anthropos Intézet szakemberei tartanak nekik. A jövő nyáron hasonló szervezésben majd 8 bolgár fiatal mehet Leszboszra.

Köszönettel tartozunk munkahelyi elöljáróinknak és az Egészségügyi Minisztérium Nemzetközi Kapcsolatok Főosztályának is, hogy a tanulságos és ösztönző rendezvényen részvételünket engedélyezte és támogatta.

35. Nemzetközi Családterápiás Kongresszus

A családterápia módszere az utóbbi két évtizedben rohamosan terjed a világon, ma az egyik leggyakrabban használatos pszichoterápiás módszer, amelyet nemcsak az egészségügy keretében alkalmaznak, hanem a gyermekvédelemben, szociális gondoskodásban, rehabilitációban, deviáns magatartások befolyásolásában, nevelésben stb. is. Művelői így a legkülönbözőbb diszciplínákhoz tartoznak, valamennyien később – általában többéves programban – külön elsajátították a családterápia szemléletét és technikáját. A szemléleten különösen nagy a hangsúly, ugyanis a családterápia egészen más gondolkodásmódot és közelítésmódot igényel, mint a hagyományos segítő szakmák szemlélete, sohasem egyénekkkel, egyedi személyiségekkel foglalkozik, hanem minden magatartási probléma, tünet vagy kóros viselkedésforma mögött a családi relációk zavarát keresi és próbálja megoldani. A családterápián belül az egész családdal foglalkoznak, ha lehetséges, a nagyszülők generációját is bevonják, sőt, számos irányzat a felnőtt testvéreket vagy más rokonokat is bekapcsol a terápiás folyamatba. Gyakran azonban csak házaspár-terápiára van mód (pl. ha nincs gyerek), ez némileg önállósodott módszer, mert párkapcsolati konfliktusok, szexuális zavarok vagy válási feszültségek kezelésére önmagában is alkalmazzák, de elméletileg és szemléletileg szorosan a családterápiához tartozik.

Számos magatartási problémában a családterápia nagyon hatékony és gazdaságos módszer. Emiatt és sajátos szemlélete miatt sokat kutatják, vizsgálják. Mind a kutatásokat, mind pedig a tapasztalatcserét (valamint a képzést és továbbképzést) segíti e téren, hogy a családterápia jól befogható a videokamera látószögébe és megfigyelhető (ill. felvehető) egyirányú tükrön át, így mintegy demonstrábilis, ellenőrizhető, nyílt metodika. E sajátossága miatt nagyon gyakorlatiak a konferenciák, szemináriumok, továbbképző rendezvények a családterápiában, némelyik széles nemzetközi részvételt is lehetővé tesz (pl. a brüsszeli, a milánói, a római stb. családterápiás intézetek rendezvényei ilyenek). Nemzetközi kongresszus azonban a családterápia témájában nem volt.

A nemzetközi kongresszus első megszervezésének feladatát a csehszlovák orvostársaság, ill. ezen belül a cseh pszichiátriai társaságban működő cseh családterápiás szekció szakemberei vállalták magukra, Peter Bosnak, a szekció elnökének vezetésével. A vállalás sok szempontból hasznos és jó ötlet

volt. Egyrészt fellendítette a családterápia fejlődését Csehszlovákiában, ahol a medicina eddig is megfelelően befogadta a módszert, sok helyen alkalmazták. Peter Bos az észak-csehországi Dubiban családterápiás központot működtet és a családterápiás technika megtanulására több szakember külföldi utakat is tett, ill. megszervezték Virginia Satir – a családterápia egyik úttörője – rendszeres meghívását a képzés irányítása céljából. Másrészt a nemzetközi kongresszus Prágában az európai családterapeuták mozgósítását érthette el, az eddigi konferenciákon és más összejöveteleken mindig az amerikaiak játszották a fő szerepet (a módszer az USA-ban fejlődött ki és vezető szakemberei ma is ott működnek). Harmadrészt mintegy találkozó jött létre a kongresszus révén a szocialista és a nyugati országok családterapeutái között, ez várhatóan érdekes és vonzó lehetőség volt, hiszen a család – egyetemes társaslélektani szabályszerűségei mellett – szoros összefüggésben van a társadalommal és a külföldi szakembereket már régóta izgatja, vannak-e különbségek, ill. sajátosságok a családterápiában a szocialista társadalom viszonyai között.

Ahogy várták, igen nagy érdeklődés fogadta a kongresszus híret. Végül 1600 szakember jött össze, köztük 600 Csehszlovákiából és a szocialista országokból. A nagy jelentkezés miatt a szervezés sok nehézséggel küzdött, de végül a kongresszus nagyon telített programmal, de zavartalanul folyt le. A prágai kultúra palotája adott otthont neki, itt volt sok helyiség a különböző videóbemutatókra, workshopokra, konferenciákra. Viszonylag kevés rövid előadást tartottak, ezeket tematikusan rendezték, a szabad előadások többségét poszterben kellett kiállítani, a posztereket naponta kicserélték, olyan sok volt belőlük. A kongresszus szervezői láthatóan be akarták mutatni a családterápia jelenlegi fejlettségi szintjét, ezért plenáris előadóként a legnevesebb szakemberek kaptak szerepet, ők tarthattak hosszabb workshopokat, szemináriumokat is. Így – az elmondottakból következően – az amerikaiak dominanciája jött létre. A kongresszus elnöke Virginia Satir lett, vezető funkciót töltött be Donald A. Bloch, a New York-i Ackerman intézet (a legnagyobb amerikai családterápiás intézet) igazgatója, megjelentek a családterápia úttörői (Fleck, Minuchin, Wynne stb.), közvetlen tanítványa képviselte a családterápiában is számon tartott Milton H. Ericksont, a híres hipnózis szakembert, és a módszer továbbfejlesztőiként is főleg amerikaiakat mutattak be. Ám a családterápia megújítói között már több európai is megjelent, így a milánói és a római iskola képviselői (Boscolo, Cecchin, Andolfi), vagy a német Stierlin. A kongresszus alelnöke és igen aktív résztvevője volt a görög Vassiliou is.

A sok párhuzamos programot tartalmazó kongresszust nehéz jellemezni. Általánosságban elmondható, hogy igen jó és nyílt hangulatú volt, sok lehető-

ség nyílt arra, hogy a szakemberek egymással találkozzanak, bár ez elsősorban csak a már meglévő ismeretségek alapján valósulhatott meg, idegeneket meg kellett keresni és meg kellett szólítani. Formális találkozást nem szerveztek (ezt később a résztvevők hibaként is említették, szerettek volna például – különösen a nyugatiak – egyes országok családterápiás képviselőivel találkozni). A program színes és változatos volt, de túltengett benne a bemutatkozás, az általános helyzetkép adása, a családterápia hírességeinek ünneplése. A 75 perces – 5-6 résztvevős – panelek vagy a 30 perces plenáris előadások eredeti vagy új ismeretek közlését alig tették lehetővé, az ismert szakemberek leginkább azt mondták el, ami az ő szemléletüket jellemzi. A paneleknek volt is olyan célja, hogy minden résztvevő a saját felfogásának fejlődését mutassa be. Mindez oda vezetett, hogy több neves családterapeuta azt mondta el, ami már az alapvető tankönyvekben is megtalálható, mint a nevéhez kapcsolódó ismeret vagy módszertani szempont. Többen ismételték önmagukat (korábbi előadásait, írásaikat stb.). Csak néhány igazi jó előadás hangzott el, ilyenek tekinthető David Reiss beszámolója a családterápiás kutatásokról (ő az amerikai elmeegészségügyi családterápiás kutatórészleg vezetője – e részlegben 75, többségükben nemzetközileg ismert kutató dolgozik!), ebben az volt az érdekes, hogy a családok jellemző vonásának a kutatások a közös hiedelmeket és a családi rítusokat, kommunikációs szokásokat tartják, ezeken belül próbálnak tipológiákat és kategóriákat kialakítani. Igen jó volt Florence Kaslow amerikai családterapeuta előadása, a kanadai Karl Tomm szemináriuma amelyben a milánói irányzat szemléletét tanította, végül pedig Josef Langmeier cseh kutatóé, aki évtizedek óta foglalkozik a szülőkapcsolatok személyiségfejlődésre gyakorolt hatásával, és új megállapításokra jutott a nevelőotthonokban felnövő gyerekek személyiség- és kommunikációs zavarainak eredetéről, okairól. Voltaképpen ezek az előadások jelentettek tudományos színvonalat, a többi szakember inkább csak arra volt jó, hogy a kongresszusi résztvevők most már személyt, alakot is tudjanak képzelni az irodalmi nevek mögé. Néhány módszertani workshop kitűnő színvonalát kell még kiemelni, így pl. lenyűgöző volt a londoni H. Jenkins videóbemutatója és igen jól felépített előadása. Ez utóbbit azonban csak kevesen láttuk és hallottuk, viszont természetesen több más érdekes előadás lehetett, amire nem jutottam el.

Tematikus szempontból két momentumot kell megemlíteni. Egyik az, hogy az alkoholisták és drogbetegek családterápiás kezeléséről feltűnően sok előadás hangzott el, ezzel cseh és jugoszláv szakemberek is sokat foglalkoznak (több mint 50 jugoszláv szakember volt jelen), a másik pedig az, hogy súlyos, ill. krónikus szomatikus betegek családjának szupportív kezelése is gya-

kori téma volt. Sok előadás szólt olyan családok befolyásolásáról, ahol a szülők a gyerekeket fizikailag bántalmazzák vagy károsítják, vagy pedig a gyermekekkel szexuális visszaélés történik. Sok volt természetesen a metodikai előadás és bemutató, számos szervezési témát is hallhattunk arról, hogyan alkalmazzák a családterápiát az egészségügy, a nevelésügy vagy a magatartáskorrekció különböző intézményeiben és hálózataiban.

Nagyon sok nemzetközi szervezési aktivitás is kibontakozott a kongresszus során, belga és amerikai szakemberek igyekeztek valamilyen szervezetté, kapcsolatrendszerre összefogni az európai családterapeutákat, külön összehozták a szocialista országok családterapeutáit és köztük is felvetődött a formális kapcsolódás lehetősége. Értekezletet szerveztek az európai családterápiás szaklapok szerkesztői számára (meglepően sok szaklap van, és a kongresszus során is több új folyóirat indulásáról tettek bejelentést) stb. A családterapeuták aktívak az „Orvosok a nukleáris háború ellen” elnevezésű nemzetközi mozgalomban, és emiatt egy nagy plenáris ülés e mozgalom képviselőinek adott lehetőséget a megszólalásra. A családterapeuták általában haladó szelleműek, a társadalmi haladás és egyenlőség hívei, ez számos előadásban és felszólalásban e plenáris ülésen kívül is megnyilvánult, és ezt tükrözte a nagyarányú érdeklődés a szocialista országokban élő és dolgozó szakemberek iránt is.

Örvendetes, hogy kb. 40 magyar szakember is részt vett a kongresszuson, egyetemi tanáron, főorvosokon kívül sok fiatal pszichológus és orvos. Magam igen sokat merítettem a kongresszusból, érdekesnek találtam. Megtisztelő volt számomra, hogy a kongresszus 13 tagú International Advisory Board-jának lehettem tagja. Ilyen minőségemben a kongresszus vendége voltam, teljes ellátással. Ezért Peter Bost és a csehszlovák szervezőbizottságot illeti köszönet. A Vassiliou házaspár nemzetközi paneljében kaptam szerepet, és a kongresszus keretében adta át számomra a Csehszlovák Szexológiai Társaság a tiszteletbeli tagság díszes oklevelét. A kongresszuson való részvétel engedélyezéséért köszönetet kell mondanom az Egészségügyi Minisztérium és a MOTESZ illetékeseknek, továbbá munkahelyi előljáróimnak.

36. Megosztottságok, konfliktusok, megoldások

Az első családterápiás világkongresszus

Írországban a hetvenes évek vége óta nagyon dinamikusan fejlődik a családterápia, és ezért a nyolcvanas évek közepén az ír szakemberek elhatározták, hogy megszervezik a családterápia első világkongresszusát. 1987-ben a prágai nemzetközi családterápiás kongresszus során megalakult az International Family Therapy Association (IFTA), ehhez csatlakoztak az írek is, és a tervezett világkongresszus így az IFTA égisze alá került. A hatalmas munkával előkészített kongresszus végül kb. 500 résztvevőt vonzott, előkészületeit láthatóan megzavarta, hogy 1988 nyarától megkezdődött az 1989. júliusi budapesti családterápiás konferencia szervezése, amelyet a New Yorki Ackerman Intézet és a római Családterápiás Intézet szervez együtt a magyar pszichiátriai társasággal. Mivel a budapesti konferencia több hírességet tud felvonultatni, és mivel szellemében folytatása kíván lenni a szocialista és a nyugati világ közvetítését a családterápia terén vállaló prágai kongresszusnak, a potenciális résztvevők egy részét elvonta. Dublinban pedig lett volna sokkal több embernek is hely, a Trinity College új, társadalomtudományi épülettömbje sok előadóteremmel és tágas folyosókkal sokkal több résztvevőt is be tudott volna fogadni. A Trinity College igazi campus, ősi könyvtárában őrzik a hetedik századból származó „book of Kells”, az egyik legősibb kódexet, és épületei maguk is műemlékek, amelyeket a kongresszus ideje alatt is folyamatosan turistacsoportok csodáltak.

Helen Haughton vezetésével 10 dublini családterapeuta irányította a szervezést, ebben segítséget nyújtott az IFTA vezetője, Florence W. Kaslow is. A szervezést professzionális kongresszusrendező cégnek adták ki a gyakorlati munkát illetően. Mint utólag kitudt, ez nem teljesen állt a helyzet magaslatán. Nagyjából ugyanazokat a szervezési nehézségeket tapasztalhattuk meg, amiket mi is átélünk a budapesti konferencia szervezésében. Nem sikerült időben kiküldeni az értesítéseket, nem sikerült pontosan tisztázni a vállalásokat és az igényeket, elég sok változásra került sor még az utolsó percekben is a programban. Nem volt kifogástalan a technikai feltételek rendszere sem.

Viszont a hangulat igen jó volt, a házigazdák megtették mindent, hogy a résztvevők jól érezzék magukat. Fogadások sora, bankett, hangverseny, a kollégium kellemes környezete – párosulva a segítőkészséggel és kedvességgel – mind hozzájárultak ahhoz, hogy mindenkinek kellemes élmény maradt a kongresszus. A legtöbb résztvevő pár napra írországi túrára is ment. Az időjárás végig gyönyörű volt, így azután Dublin is legszebb arcát mutatta. A város teli van gyerekekkel és fiatalokkal, az emberek nyíltak, kedvesek, a város érdekes hangulatú, a főbb utakon és hidakon kis bronztablák mutatják Jim Joyce hősének nevezetes útvonalait, néhány mondatot idézve az Ulyssesből.

Tudományos szempontból a kongresszus kevés alapvetően új dolgot adott, de sok tanulságos információval szolgált. A plenáris ülések témái a kongresszus címének fogalmaira utaltak, az első plenáris ülés a holocaust túlélőinek érzelmi és főleg családpatológiai problémáit tárgyalta. Ebben két vonulat fonódott össze, az egyik izraeli családterapeuták tapasztalata, hogy még a túlélők gyerekeinek családjában is kóros elzárkózást, bizonytalanságokat, szorongásokat okoz a fajirtás emlékének és ez nagyon nehéz terápiás feladatokat is jelenthet (erről filmet és videofelvételeket mutattak be). A másik Claude Lanzman *Choakh* című filmjének nyomán keletkező felelősségérzés azokban az utódokban – pl. német családterapeutákban –, akiknek szülei éltek a holocaust idején. A plenáris ülés érdekessége volt Israel Charney előadása, ő a tel-avivi holocaustkutató intézet igazgatója, és meglepő vizsgálatai szerint az arabokkal szemben az izraeli lakosságban is megvannak a fasisztának mondható, lényegében genocidális attitűdök és indulatok, amelyek szerint nem népekhez és kultúrához kötöttek, hanem a lelkekben vannak és így mindenütt megnyilvánulhatnak. Charney szerint ezek ellen az attitűdök és indulatok ellen kell küzdeni annak érdekében, hogy a holocaust ne ismétlődhesen meg.

A második plenáris ülés a családterápia új paradigmáiról szólt, ebben a milánói iskola két jeles, az utóbbi években Selvini-Palazzolitól különvált képviselője, Checchin és Boscolo szerepelt, néhány angol szakemberrel, és a kanadai Karl Tommal, aki a milánói iskola ismert kutatója. Itt lényegében az derült ki, hogy a milánói iskola kommunikációelméleti modelljét, a paradoxonok technikáját inkább kognitív rendszermodellé váltotta fel, az új paradigmákban a családot nem annyira konfrontálni és manipulálni igyekeznek, mint inkább fejleszteni, gazdagítani, erősíteni.

Egy plenáris ülés a házasság, a válás és a családtagok elvesztésének kérdéséről szólt. Itt két neves angol szakember, Alan Cooklin és Gill Gorell-Barnes szereplése és tapasztalatanyaga volt érdekes. Ugyanezen a napon „a szegénység, az állam és a család” címen a szociális gondozók szempontjából

vizsgálták a hátrányos helyzetű családok gondjait. Ebben a plenáris ülésben a nálunk is jól ismert Hugh Jenkins szereplése volt figyelemre méltó, ő sokat foglalkozott szegény, marginális helyzetű, dezorganizált családokkal. A panel állami szociálpolitikát és új szemléletű családterápiás közelítést, szervezettebb segítséget követelt ennek a növekvő rétegnek.

A kongresszus címéből a „megoldásokra” az utolsó plenáris ülés vonatkozott volna, amikor több felkért előadó mellé felsorakoztak a korábbi panelek vezetői, majd pedig elhangzottak a kongresszust értékelő hozzászólások. Ez zárta be azután a kongresszust. Volt ünnepélyes megemlékezés a kongresszus során Virginia Satirról, aki az ír szakemberek képzését megindította, a megemlékező előadást egy ír tanítvány, Katie McGing mellett Donald Bloch, az Ackerman Intézet igazgatója tartotta.

Délutánonként workshopok és előadóülések szerepeltek a programban, 10-15 program is párhuzamosan, ebből az következett, hogy a résztvevők száma viszonylag alacsony volt. A családterápia egész tematikus színskáláját megtalálhatta az érdeklődő, elhangzottak előadások és workshopok különféle tünetek, kórképek családterápiás befolyásolásáról, továbbá módszerekről, irányzatokról, technikai fogásokról, elméleti kérdésekről stb. Legtöbbször eseteket mutattak be. Néhány workshop és előadóülés tapasztalata alapján az a benyomás alakult ki bennem, hogy módszertanilag továbbra is a hetvenes években kidolgozott technikák a használatosak (paradoxon, reframing, trianguláció, side taking, genogram, családszobor stb.), folyamatosan teret nyer a rendszerszemléletű közelítés, és valószínűleg a brit szociálpszichológia hatására nagyon erőteljesen jelen volt a szociális konstruktivizmus szemlélete (Rom Harré etogéniája és a fenomenológiai iskola nyomán létrejött, lényegében kognitív irányzatú szemlélet). Volt azonban a kongresszuson lacanista workshop, volt érdekes előadás az ericksoni módszerről, viszonylag sok Bowen-követő képviselte a strukturalista irányzatot, és sok szó esett a szimbólumok, mesék, legendák felhasználásáról, a családi rituálék jelentőségéről, rekonstrukciójáról és értelmezéséről, és még sok más izgalmas kérdésről.

Számos szakmai tanácskozás is zajlott a kongresszusi napok során, találkoztak a családterápiás lapok szerkesztői, volt IFTA vezetőségi ülés és volt közgyűlés is. Az IFTA megerősítette a jelenlegi vezetőséget a következő választásig. Évente lesznek újabb világgkongresszusok, sikerült 1994-re Magyarországra hoznunk a 6. világgkongresszust. A jövő évben Krakkóban rendezik a világgkongresszust, ott lesz új vezetőségválasztás az IFTA-ban.

A kongresszus sok szocialista résztvevőt hívott meg, és helyezett számukra anyagi támogatást kilátásba. Főleg vízumnehézségek és a nagy útiköltség mi-

att azonban csak három magyar és egy lengyel szakember érkezett, a lengyel családterapeuta fiatal nő volt, aki csupán a krakkói előkészületekről tudott beszámolni. A három magyar aktív volt, Füredi János dr. a záró plenáris ülésen szerepelt, Kurimay Tamás dr. félórás előadást tartott egy családterápiás folyamatot bemutatva, magam másfél órás workshopot vezettem, amelyben depressziós és alkoholista betegek családterápiájával szerzett tapasztalataimat adhattam elő és beszélhettem meg a jelenlevőkkel. Mi, magyarok minden lényeges találkozón részt vettünk, és aktivitásunknak volt köszönhető, hogy több más ajánlkozóval szemben (köztük a nagyon népszerű izraeliekkel szemben) is megnyertük az 1994-es rendezés jogát. Hálásak vagyunk a MOTESZ-nek és a Volántouristnak, amelyek kettőnk útját támogatták anyagilag (Kurimay dr. a Magyar Pszichiátriai Társaság támogatásával utazott), és az ír rendezőknek akik minden költségtől mentesítettek bennünket, és szállásról gondoskodtak számunkra. Az ír rendezőkkel és az angol szakemberekkel nagyon jó kapcsolatot alakíthattunk ki megerősítettük kapcsolatainkat a jelenlévő amerikaiakkal is, és nagyon reméljük, hogy a családterápiás folyóiratok összehangolt munkájába is jobban bekapcsolódhatunk a jövőben. Igyekezünk elosztatni a budapesti konferencia interferáló szervezése miatt előálló feszültségeket is, ezekről nem mi tehetünk, hiszen a magyar szakemberek csupán elfogadták az olasz és amerikai rendezők kész tervét a most júliusi konferenciára vonatkozóan.

Végső soron tehát a kongresszus érdekes és tanulságos volt számunkra, és az 1994-es folytatás lehetősége révén remélhetjük, hogy a budapesti konferenciával megindult folyamat tovább haladhat, és a magyar családterápia bekapcsolódhat a nemzetközi fejlődés áramlatába. Reméljük, mindez serkentően hat majd a belső fejlődésre, a családterápia mind szélesebb elterjedésére is.

37. Veszélyeztetett családok (Families at Risk)

A londoni Családterápiás Intézet a nyolcvanas évek elejétől kezdve érdeklődik a kelet-európai szocialista országokban folyó családterápia iránt, és próbál segíteni az ott dolgozó szakembereknek. Előbb a jugoszláv családterapeutáknak nyújtottak segítséget a kiképzésben, majd az 1987-ben, Prágában tartott első kelet-nyugati találkozó, a „bridgeing conference” rendezésébe kapcsolódtak be, ezután az intézet igazgatója, Hugh Jenkins hároméves kiképzőkurszust kezdett el Budapesten, és az intézet vezető szakemberei mind jelen voltak a mi 1989-es kelet-nyugati találkozónkon, a prágai konferencia folytatásán. 1990-ben a londoni intézet kezdeményezésére alakult meg az EFTA, az európai családterápiás társaság Prágában, kifejezetten azzal a céllal, hogy a rendszerváltozás utáni szabad periódusban szorossá tegye az együttműködést a nyugati és a keleti családterapeuták között, és segítsen azoknak az országoknak, amelyekben a rendszerváltozásig családterápia nem indulhatott meg.

Lényegében a kelet-nyugati párbeszéd folytatása és a keletiek támogatása érdekében vállalta el a londoni intézet az első európai konferencia megszervezését. Szándékosan választották a témát, a problematikus helyzetben lévő, veszélyeztetett családok kérdését, az olyan családok terápiájának dilemmáit, ahol súlyos, többnyire egzisztenciális gyökerű, külső bajok fenyegetik a család pszichoszociális egyensúlyát. Számoltak azzal, hogy az ilyen családok az átalakulásban lévő kelet-európai országokban (ahogyan udvariasan mindig mondani szokták: közép- és kelet-európai országokban) most szaporodnak. Ugyanakkor a családok alapvető szocioökonómikus és szociokulturális bajai a nyugati országokban is gyakoriak, pl. az Egyesült Királyságban, és a londoni intézet mindig is érzékenyen reagált ezekre, szakirodalmi munkásságukat is jórészt a halmozottan hátrányos helyzetű, szétesőben lévő családok segítségével foglalkozó tanulmányaik alkotják, ezért a téma eleve közel áll az intézethez. Szerepet játszik ebben az is, hogy az intézet körül különösen sok szociális munkás tevékenykedik, főleg ők teszik ki a kiképzésben részt vevőket is, nekik pedig hivatalból is kell az ilyen családi gondok orvoslásával bajlódni.

A kongresszus fő szervezői, Jenkinsen kívül a nálunk is jól ismert Gill Gorell Barnes és Alan Cooklin, továbbá a Maudsley klinikán dolgozó, de az intézménnyel együttműködő Ivan Eisler (Prágából származó családkutató) –

igen jól alakították ki a programot, szinte minden családi problématerületet áttekintettek, a legjobb európai szakértőket nyerték meg fő exponensnek, és mindenütt megpróbálták szerepeltetni a kelet-európaiakat is. Nagyon jó munkát végeztek abból a szempontból is, hogy kb. 400 résztvevőt tudtak összehozni a magas részvételi díj ellenére, és ebből a bevételből, valamint különböző más szponzorálásokról kb. 50 kelet-európaikat tudtak meghívni a költségek részleges vállalásával. A legtöbb kelet-európai résztvevő magánházakban kapott szállást, az útiköltséget azonban mindenkinek fizették. A külföldi résztvevők között számos világhíresség volt, így pl. az amerikai Donald Bloch, Kitty LaPerrière, a belga Mony Elkaim, az olasz Gianfranco Cecchin stb. Sajnos, betegség miatt nem tudott eljönni két híresség, Salvador Minuchin és Carlos Sluzki.

A családi problémákra koncentráló programszervezés sajátos arculatot adott a konferenciának. Érdekes módon nem annyira a családterápiás módszerek és koncepciók kerültek előtérbe, ahogyan ez a családterápiás rendezvényeken szokásos, hanem inkább a segítő szervezetek leírása, a szakemberek álláspontjainak, közelítésmódjainak hangsúlyozása és mindenekelőtt a problémákkal kapcsolatos, gyakorlati tapasztalatok plasztikus leírása. Így megtudhatjuk, hogy a legtöbb nyugat-európai országban rohamosan terjed a válási tanácsadás, ill. az elvált családokkal történő, segítő foglalkozás, erre külön centrumok alakulnak, és ezeknek igen hatékonyak a beavatkozásaik, akkor is, ha ez nem mérhető a család rekonstrukcióján vagy a válási folyamat visszafordításán. A válási traumák csökkentése, a gyerekek szülőkapcsolatainak helyreállítása, az új típusú kommunikáció a széteső családban nagyon komoly segítség, a felnőtt résztvevők számára is. Mivel a nyugat-európai országokban gyakori a válás utáni újraraházasodás, külön szolgálatok foglalkoznak a korábbi házasságból hozott gyerekek reintegrálásával. Az Egyesült Királyságban igen komoly szervezet koordinálja ezt a munkát, a Stepfamilies szervezet nemcsak tanácsadókat foglalkoztat, de komoly felvilágosító munkát is végez, külön lapokat ad ki, megelőző, oktató kurzusokat tart stb. Ezt Erica De'Ath asszony előadásából és workshopjából ismerhettük meg, ő a Stepfamilies Association igazgatója. A válási tanácsadások szükségességét – a kelet-európai résztvevők közül – különösen a nagyszámú orosz szakember hangsúlyozta, ám náluk ez inkább kívánság, mint realitás. Egyedül a bolgárok és lengyelek próbáltak valamit tenni e téren, de csakis a meglévő családi tanácsadási rendelkezések keretében.

A másik nagy tanulság: a gyermekekkel szemben elkövetett, szexuális és fizikai abúzusok nagy száma és a miattuk beállított, családterápiás szolgálata-

tok hatékony működése. Több ilyen szolgálat modelljét ismerhettük meg, egy londoni gyermekkorházban Aaron Bentovim foglalkozik az ilyen családok rendszerszemléletű családterápiájával. Igen érdekes koncepciója az, hogy az ilyen családokban a cselekmény szimbolikája, a trauma élménye szervezi a családi rendszert és ezt a rendszerszervezési folyamatot kell felbontani, átalakítani. Angliában, Belgiumban, Hollandiában és több más országban telefon-szolgáltatások és rendelők kínálják magukat, amelyekben a családterápia eszközeivel próbálnak segíteni a családnak, természetesen a gyerekek elsősorban, de – lehetőség szerint – elkerülve a rendőrségi akciót. Ha sikerül megállítani az abuzív szülői viselkedést, és sikerül feldolgozni az eseményt, a trauma későbbi következményeit is enyhíteni lehet, és a családi rendszer nem feltétlenül dezintegrálódik.

A szexuális abúzus kérdése is mutatott egy érdekes jellegzetességet, amely az egész konferencián végigvonult: a résztvevők nagy szociális elkötelezettséggel nyúltak a témákhoz, a szokott családterápiás neutralitás helyett határozott állásfoglalásokat, álláspontokat képviseltek, értékdeklarációkból indultak ki. Így pl. a szexuális abúzus kapcsán vita támadt, szabad-e a lényegében bűnelkövető családtagot, többnyire az apát felmenteni a büntetés alól, lehet-e ilyenkor egyáltalán megjavulni, vezetelni. Ugyanez került felszínre a családi erőszak kérdésével kapcsolatban, s ez rendszerint a nők bántalmazását jelenti. A résztvevők pl. nem értettek egyet a milánói iskolát képviselő Cecchinnel, aki nem áll ilyenkor az áldozat mellé, hanem a családi rendszer egészét igyekszik figyelembe venni, és a család belső erőin át próbál változtatni. A vita talán azzal is összefüggött, hogy a résztvevők többsége nő volt, és mint kitűnt, az angol családterápiában erős a feminista befolyás, a – többnyire szociális munkás hivatású – női terapeuták a szolgálatokban erőteljesen próbálják érvényesíteni a szociális igazság szempontjait.

Ez megmutatkozott a családi problémák más fajtáinak kezelésében is, így pl. a faji megkülönböztetésben szenvedő családok, vagy a gyermeküket egyedül nevelő nők segítségének vonatkozásában. Külön szimpóziumok és workshopok foglalkoztak a nők speciálisan hátrányos helyzetével, a nőiség kérdései a terapeuták szempontjából is előkerültek, kiváltképpen a hátrányos faji és etnikai helyzet vetületében. Szociológusok mondták el, az volt az első nap plenáris üléseinek témája, hogy nő a gyermeküket egyedül nevelő anyák száma, a gazdasági recesszió őket sújtja leginkább, a szervezett segítség számukra elégtelen. Szociális akciókat sürgettek e téren.

Nagyon érdekesek voltak az ún. „caucusok”, sajátos vitafórumok, amelyekben a résztvevők a saját életükön, helyzetükön át vitatták meg a hátrányos

helyzet vagy a színesbőrűség, a női szerep stb. dilemmáit. Ezek egészen különös csoportdinamikát hoztak. A felkért színes bőrű előadók a faji előítéletek széles skáláját mutatták be, néhányan tájékoztattak a segítség módszereiről is. Általában a világos érzelmi melléállás és támogatás, a feszültségkezelés, az „empowerment” technikái voltak a jellemzők ezekben a megközelítésekben. A kongresszus érdekes újdonsága volt, hogy családterápiás szemléletből kiindulva milyen sokféle iskolai és közösségi program folyik az Egyesült Királyságban és a nyugat-európai országokban a gyerekek önértékelésének erősítése érdekében. Bemutatkozott egy színjátszó csoport is, amely iskolákban dramatizálni próbálja a főbb gyermekkori problémahelyzeteket, és megpróbálja ezeken a bemutatott helyzeteken át aktiválni a gyerekeket, bevinni őket különböző foglalkozásokba. Érdekes színészi munkát is tartalmazott egy workshop, amelyben a Shakespeare színművekben ábrázolt családi helyzeteket mutatták be, és elemezték a családterápia koncepciói segítségével.

Nagyon sok érdekes, tematikus workshop és szimpózium volt, természetesen ezek közül csak néhányat sikerült meghallgatnom, így az alkohol- és drogbetegek családterápiájával foglalkozót, és két olyat, amely a szociális konstruktivizmus szemléletének felhasználását ígerte a családterápiában. A plenáris előadásokból is kitűnt, milyen erős e szemlélet befolyása a brit családterápiában. Ez sok okra vezethető vissza, egyrészt a fenomenológiai irányzat erősödése, másrészt az egzisztencialista hagyomány (Laing öröksége, ma kb. 500 egzisztenciális terapeuta működik az Egyesült Királyságban; a kongresszus alkalmát kihasználva sikerült meglátogatnom vezetőjüket, a Regent's College tanárát, Emmy van Deurzen-Smith asszonyt, akinek beszámolójából világossá vált az irányzat nagy befolyása), harmadrészt a szimbolikus, interakcionista szociálpszichológia nagy súlya (amely különösen a nevelés, ill. iskolapszichológiában, szociológiában nagy).

A család jellegzetesen konstruált jelentésrendszerben él, és az ezekre vonatkozó, közös definíciók és minősítések változtatásán át halad a terápiás változás is a családban:

Ezt pl. Barry Mason sheffieldi családterapeuta workshopjában ismerhettem meg. A Masonnal való találkozás jelentős volt számomra, ugyanis *Handing Over* című könyve (alcíme: *Developing Consistency accross Shifts in Residential and Health Setting*) a rendszerszemléletű alkalmazott lélektan egyik kiváló példája. A könyvről írtam recenziót a PH-ban, és most volt alkalmunk megállapodni az esetleges magyar kiadás feltételeiben is. Ugyancsak kitűnő (és a PH-ban is ismert) könyvei nyomán jelentett számomra sokat

a Tavistock klinikán működő David Campbell neve, ő az ún. milánói iskola fő angol képviselője, most volt alkalmam őt is megismerni.

Számomra nagyon jelentős volt a most Izraelben dolgozó, egykori amerikai orvosi szociológus, Aaron Antonovsky szereplése a kongresszuson. Együtt szerepeltünk abban a panelben, amelyben a kelet-európai társadalmi változások családi kihatásairól volt szó. Antonovsky a sense of coherence koncepció kidolgozója, vizsgálatai szerint a betegségélmény legfőbb lélektani következménye, hogy elvész a személyes koherenciaérzés, amely az ő definíciójában dinamikus képlet, amely a szubjektív élethelyzet értelmének, állandóságának és kezelhetőségének, kontrolljának élményét jelenti. Ha ez az érzés zavart szenved, nagyon komoly stressz következik be. Antonovsky szerint a mai társadalmi átalakulásokban valami ilyenfajta életérzési zavar kerekedik felül, és ez ad a tényleges gondokon túl tragikus színezetet a kelet-európai közvéleménynek. Antonovskytól függetlenül magam is ezt az értelmezést dolgoztam ki a plenáris ülésre, és próbáltam a családra vonatkoztatni, támaszkodva a sense of coherence (SOC) koncepció irodalmára, nem tudva, hogy a nyolcvanas éveikhez közeledő Antonovsky maga is jelen lesz és beszélni fog a konferencián. A koncepció számomra az egészségmegőrzésben is központi jelentőségű. Magam azokkal értek egyet, akik a konferencián az élmény helyreállítását vagy legalábbis valamilyen fokú rekonstrukcióját tartják az önszolgáltató csoportok és a voluntáris segítő munka lényegének. Így különleges élményszámba ment most személyesen is megismerkedni az elmélet kidolgozójával. Ezen a plenáris ülésen adta elő Rátay Csaba is zempléni közösségrekonstrukciós, ill. networking kísérletét.

A jó hangulatú kongresszuson sok alkalom nyílt az ismerkedésre, nagy érdeklődés nyilvánult meg a kelet-európai résztvevők iránt. Érdekes volt azonban megfigyelni, hogy a kelet-európaiak egymással alig érintkeztek. Elkülönültek a moszkvaiak és a szentpéterváriak, a különféle balti országokból érkezők, visszavonultak voltak a csehek, egy csoportba tömörült a kb. 8 lengyel résztvevő, a bulgárok, a szerbek nem vegyültek el (más egykori jugoszláv közösségből nem voltak jelen, bár kaptak meghívást, de nem tudtak eljönni). Úgy tűnt, mintha mindegyik csoport inkább a vendéglátók kapcsolatát kereste volna, bár valószínűleg a nyelvi nehézségek is szerepet játszottak a szegregációban, különösen az egykori Szovjetunió területéről érkezők tudtak gyengébben angolul. Aránylag kevés volt a plenáris előadó a keletiek közül, sokan viszont a workshopokban és a szimpóziumokban szerepeltek rövid előadásokkal, amelyek általában leíró jellegűek voltak, a családi problémák nagy elterjedtségét és súlyosságát illusztrálták. Mindössze hárman voltunk magya-

rok, mi már szinte nem is számítunk a kelet-európaiak közé, a magyar helyzetet (amelyet sokan az 1989-es kongresszus nyomán is ismernek) már szinte nyugatinak veszik.

Igen jól éreztem magam a kongresszuson, örültem, hogy olyan kiválóságokat is meghallgathattam, mint Anthony Cox professzor, Byng-Hall, a már visszavonult, de még frissen szellemes Robin Skynner, vagy a fiatalabb angol családterapeuták közül Jane Walker, Elza Jones vagy Eia Asen. A családterápiás intézet titkári személyzetéből alakult technikai rendező team is kitűnő munkát végzett, így a rendezés is zavartalan és kellemes légkörű volt. Igen hála vagyok ezért a kongresszus elnöknőjének, Gill Gorell Barnes asszonynak és Hugh Jenkinsnek a meghívásért és a vendéglátásért, mert a találkozó igen ösztönző élménnyé vált számomra.

38. Családrekonstrukció

William F. Nerin: Family Reconstruction

A családterápia egyik úttörője, Virginia Satir sajátos módszert dolgozott ki olyan páciensek családterápiás kezelésére, akinek családja nem vonható be a szokásos családterápiás folyamatba, mert a szülők már nem élnek, vagy pedig a páciens a szülői családból már régen kiszakadt, messze került a szülőktől, testvérektől. Satir az ilyen betegekből csoportokat képez, melyekben a csoporttagok rekonstruálják a hiányzó családot. A páciens mintegy rendezője az így alakuló családrekonstrukciós drámának. A saját családi nevelkedését rekonstruáló embert Satir „sztárnak” nevezi e sajátos színjátékban. Természetesen minden csoporttag lesz egyszer „sztár”, és mindenki megjelenít különböző szerepeket más családokból, ezek a szerepek is nagyon fontosak abban, hogy a családok által kialakított irracionális kötődések, gátlások, hibás beállítódások és rossz magatartásprogramok tudatosíthatók és korrigálhatók legyenek.

Virginia Satir nem munkálta ki ezt a módszerét egészen részletesen, mint sokféle más terápiás eljárásával is tette (pl. tőle ered így a neurolingvisztikus programozás elnevezésű, ma már világszerte igen népszerű technika is, amelyet Bandler és Grindler szisztematizált), hanem egy tanítványára bízta. E tanítvány, Nerin dolgozta ki kb. 10 éves munkával, többszáz családrekonstrukció alapján a módszert. Ennek eredménye a könyv, amely első rendszeres összefoglalás a családrekonstrukcióról.

Nerin igen részletesen, gyakorlatias módon írja le az eljárást. Nem megy túl mélyre az elméletekbe, általában a tapasztalatilag nyert szabályszerűségekből és a bevált módszertani fogásokból indul ki. Mindössze néhány irodalmi hivatkozást találunk könyvében, ezek is zömmel Satir írásaira vonatkoznak. Viszont a technikát magát igen világosan mutatja be a leírás, sok gyakorlati példával, egyszerű stílusban.

Nerin a rekonstrukció középpontjában álló embert nem „sztárnak”, hanem „kutatónak”, „felfedezőnek” (explorer) nevezi, ezt az elnevezést maga Satir is elfogadta. A sztár fogalmi konnotációja ugyanis a narcizmus felé mutat, míg a családrekonstrukcióban inkább sajátos „utazásról” van szó (az utazás fogalma a könyv alcímében is megtalálható), a családi múlt felkutatásáról. Ez

komoly munka, nagy emocionális megterhelés, amelyre a „felfedező” alaposan fel kell készíteni és amelynek során őt gyakran érzelmileg támogatni is kell.

A felkészítés fontos része, hogy a „felfedező” feladatul kapja a család történetének alapos leírását. Ehhez családi iratokat kell tanulmányoznia, elérhető családtagokat, rokonokat meg kell kérdezni, el kell merülni a családra vonatkozó emlékekben. Pontosan le kell írni a születési időpontokat, a család lakóhely és foglalkozástörténetét, sorra kell venni a családi legendákat stb. A családrekonstrukciós munkára már kész genogramot kell venni a családról, sőt, a fontosabb kapcsolati konstellációkat vagy jellegzetes családi problémákat, amelyeket a „felfedező” mint tudatos gondokat visz a rekonstrukcióra, az ún. „családi szobrászat” (family sculpting) módszerével ábrázolni kell. Ilyenkor a családtagokból mintegy szoborcsoport készül, amely rögzíti és látványossá teszi a módszert. Ezt a technikát a családterápiában általában gyakran használják és a tényleges családrekonstrukciós gyakorlatban is sokszor élnek vele.

Maga a családrekonstrukció egy teljes napig tart, reggeltől estig. Ez az idő általában elegendő a rekonstrukcióra, de ha szükséges, van mód a folytatásra is. Két-háromhetes intenzív csoportmunka során mindenki sorra kerülhet, ilyenkor van mód a csoportkeretek értelmezésére, a közös élményekből kialakult gazdag csoportkontextus felhasználására is. A „felfedező” bemutatja a többieknek saját családját, elmondja problémáit, majd pedig választ magának imaginárius családtagokat a jelenlévőkből. Már a választás maga is sok érdekes tanulsággal jár, mert bizonyos magatartásbeli jelek számítanak ilyenkor. Tanulságos ez annak is, akit kiválasztanak. A családi helyzetek tényleges párbeszédeit spontán alakítják ki.

Törekcsenek az érzelmek és indulatok felszínre hozására. A konkrét mozzanatok nagyon hasonlítanak a pszichodráma folyamatára. Gyakoriak a szerepcserék a különböző jelenetekben általában a jelképes család más csoporttagokból rekombinálódnak. Időről időre összefoglalják a tanulságokat. A vezető támasza és „segédrendezője” a „felfedezőnek”. Lehet koterápiás módon is dolgozni, bár a csoporttagok általában betöltik a koterapeuta funkcióit. A leírások szerint a módszer nagyon intenzív, katartikus események követik egymást és nagyon sok a rekonstrukciós gyakorlatok után keletkező belátás. A megfigyelt jelenségeket azután a csoport vonatkoztatja a „felfedező” jelenlegi tüneteire vagy életproblémáira. A követéses tapasztalatok szerint a családrekonstrukció szinte mindig pozitív változást okoz a személyiségben, amely sorozatos élethelyzeti és kapcsolati döntésekben, változtatásokban is megnyil-

vánul. A módszer természetesen nem a súlyos betegek számára való, de pl. depressziósok számára hasznos. Általában neurotikusok vagy karakterzavarban szenvedők, esetleg pszichoszomatikus betegek profitálhatnak belőle. Kiváltképpen jó a rekonstrukció kiképzésre és önismeretfokozásra. Satir egy másik tanítványa, Kruze a módszer egyik változatát alkoholisták kezelésére használja (Another Chance címen 1980-ban írt erről könyvet).

A könyv igen élvezetes és családterapeuták számára nélkülözhetetlen olvasmány. A leírt módszer kétségtelenül hatékony, hasznos, ezt szórványos hazai tapasztalatok is mutatják. Érdemes lenne bevezetni, rendszeresíteni nálunk is. Ehhez a kötet jó útmutatást ad. Egyetlen kritikai szempont kínálkozik csak a kötet értékeléséhez. Mint már említettük, a családrekonstrukció tényleges folyamata nagyon hasonlít a pszichodráamához. Bizonyára a pszichodráma-szakértők még a módszer önállóságát is megkérdőjeleznék, olyan nagy mértékű ez a hasonlóság, azt mondanák, hogy lényegében a családi múltra fókuszáló pszichodrámról van szó. De sok a hasonlóság a tranzakcionális analízis „forgatókönyv-elemzés” elnevezésű szakaszával is. Ezenkívül több más családterápiás technika is ismeretes, amely a valódi család nélkül, az imaginárius családdal dolgozva próbál hatásokat elérni egyénekben vagy családi rendszerviszonyokban. Mindezekről a könyv nem szól, nem próbálja elkülöníteni a saját technikát ezektől vagy pedig megállapítani az összefüggéseket. Ezt nem lehet helyeselni, ilyen módon – félő – kivész a módszer követőiben a szakirodalmi kultúra, a fejlődés lehetőségei behatároltak. Sajnos, újabban jellemző ez a viszonyulás, számos új irányzat vagy iskola keletkezik, amely teljesen eredetinek tűnik, miközben már meglévő irányzatok elemeiből építkezik. Ha az új irányzat szervezeten is kialakul, eggyel több lesz az elzárkózó, szakmailag kommunikációképtelen iskolákból, amelyek versengenek a képzési „piacokért”. A segítő szakmákban a „piacok” túltelítettek, a legtöbb új módszer a perifériára szorul, mint „mentálhigiénés” módszer a laikusok körébe igyekszik behatolni. Nagyon gyakran megtörténik, hogy egy-egy iskola azután egy-egy országban vagy szakterületen nagyon sok kiképzettet bocsát ki, akik azután a módszert, illetve irányzatot képtelenek művelni, mert más a szociokulturális háttér, mint ott, ahol az irányzat született (a legtöbb irányzat Kaliforniában születik, ahol viszont a „pszichokultúra” olyan sajátosan kedvező talajt jelent, ami még más amerikai szövetségi államokban is hiányzik, nemcsak Európában). Ha az új irányzatok, módszerek megőriznék tudománytörténeti és konceptuális kapcsolataikat, az adaptáció könnyebb lehetne. Általában ma inkább káros a diszciplináris elkülönülés, talán már nem is szabadna

új irányzatokról, metodológiákról beszélni, hanem inkább módszercsomagokról, módszeralgorithmusokról, terápiás stratégiákról.

Nerin persze egyelőre nem lép fel új irányzat igényével, inkább új technikát képvisel, ezt őszintén és hitelesen teszi, ezért a kritikai gondolatoknak csak az a része érinti őt, hogy érdemes lett volna elvégeznie módszerének összehasonlítását más, már meglévő elméletekkel és eljárásokkal, amelyek ugyanezzel a kérdéssel foglalkoznak.

III.
PSZICHOTERÁPIA ÉS
MENTÁLHIGIÉNÉ

D) SZORONGÁS ÉS
TÜNETEI

39. A szívneurózis

Detlev O. Nutzinger és mtsai (Hrsg.): Herzphobie.
Klassifikation, Diagnostik und Therapie

A kis kötet négy szerkesztője a bécsi pszichiátriai klinika munkatársa, a 21 benne foglalt tanulmány szerzőinek nagyobb része is osztrák, a többiek nyugatnémetek. A kötet azt a célt tűzte ki maga elé, hogy átfogó képet adjon a neurotikus jellegű, organikus okok miatt nem vagy csak részben magyarázható, szorongásokkal kísért, főbiásan megélt szívpanaszokról, amelyeket leggyakrabban szívneurózisnak szoktunk nevezni. A kötet „szívfóbiáról” beszél, vagyis a kóros félelem mozzanatát emeli ki, amely miatt a beteg életében a szívszénzációk központi jelentőséget kapnak, betegviselkedést tartanak fenn. Ennek következtében a beteg életfeladatainak betöltésére csak korlátozottan képes. A félelem szervi szívbetegségekre, közeli, ill. hirtelen szívhalálra vonatkozik. A szívpanaszok igen változatosak, enyhe szúrás és diszkomfort-érzéssel át a szívverés állandó érzékelésén és figyelésén keresztül egészen a ritmuszavarokig terjednek, időnként jellegük átalakul, gyakori a rohamokban történő jelentkezés.

A kötet szerzői a legkülönbözőbb szempontok szerint tárgyalják ezt a problémát. A szerkesztők írják, hogy nem is törekedtek a terminológia egységesítésére, annyiféle megnevezés van forgalomban az irodalomban. Van tanulmány, amely a fogalmakat megpróbálja időrendileg és logikailag rendezni, megkísérli az osztályozást. Más fejezet a szorongás és a szív működés ismert összefüggéseit tekinti át, ez mélyen belemegy a szív működést szabályozó kémiai anyagok és azok receptorainak témájába is. Szó esik az új divatkategoriáról, a mitrális billentyű prolapszus szindrómáról, amely a feltevések szerint a billentyű kötőszöveti vázának öröklött gyengeségéből és a bétaadrenerg mechanizmus „szomatotipias” módon felerősödött reaktibilitásából, és az ún. „pánikrohamok” nagy valószínűségéből áll elő. Az ilyen beteg tehát érzékeny a stresszekre és ezek a bétaadrenerg mechanizmuson át szív táji szenzációkat és „szívfóbiát” váltanak ki. Mint a tanulmányok írják, ez a prolapszus szindróma egyre gyakoribb diagnózis. Már a kötet leírásaiból és a közvetlen elérhető főbb hivatkozásokból is kitűnik, hogy ez a szindróma konceptuálisan igen gyenge lábon áll, nagyon sok a feltevés, a közvetett bizonyítási kísérlet. Az egész abból indult ki, hogy nagyobb számban (de a közlemények többsé-

gében kétszámjegyes csoportokban) találtak betegeket, akik magasak, soványak, prolapszus-szindrómának nevezhető elváltozással bíróak és egyben szívneurotikusok voltak. Tekintettel arra, hogy a prolapszus is gyakori, a szorongásos szívpanaszok is (a klinikumban gyakran tapasztalunk rövid ideig tartó szívneurotikus állapotokat, amelyek gyorsan megszűnnek, és sokszor keletkezik az a benyomás, hogy a túlzott kivizsgálás vagy a nagyon intenzíven elkezdett, de a megfelelő pszichológiai fókuszokat nem megtaláló pszichoterápia szinte jatrogén módon rögzítheti és kronifikálhatja ezeket), komoly mintavételi hibaforrások lehetségesek. Nem bizonyított a genetikai háttér sem, így nagy a veszélye annak, hogy az entitást tévesen tételezték, az összefüggést hibásan ontologizálták. További évtizedeknek kell majd eltelni, míg kikopik a gyakorlatból, és addig a szívre lokalizálódó szorongás indikáció lesz szívkatéterezésre, bonyolult és költséges laboratóriumi kivizsgálásra és a beteg quasi „szervi” beteggé válik. A kötet egyes fejezeteiben meg is fogalmazódik, hogy minden „szívre szorongót” a legalaposabban ki kell vizsgálni és mindaddig szomatikus betegnek kell tekinteni, amíg a leletek negatívnak nem bizonyulnak. Ezzel nem lehet egyetérteni, az esetek túlnyomó többségében exploráció és megfigyelés alapján felállítható a pozitív diagnózis, a tünetek pszichoterápiásan megközelíthetők. A kötetben közölt katamnesztikus vizsgálatok is mutatják, hogy a szívfóbiások többsége jól gyógyul, a krónikus esetek az alacsonyabb társadalmi réteghelyzetűek közül kerülnek ki inkább.

Érdekes módon a kötet alig szól a neurotikus szívpanaszok kezelésének másik (a mitrális prolapszus-szindróma mellett másik) „patronjáról”, a larvált depresszió fogalmáról, amit sajnos a gyakorlatban különösebb exploráció vagy vizsgálódás nélkül az orvosok gyakran „elsütnek”. A betegeket antidepresszánsra állítják be, ez néhány esetben (sokszor csak egy időre) látványosan megszünteti a tüneteket (valószínűleg a “hívő” orvos kongruens és szuggesztív viselkedése miatt, ami a divatos kezelések során mindig jellemző), gyakran viszont e szerek mellékhatásai csak fokozzák a tüneteket. A sikertelen esetek lemorzsolódnak, a sikeresek visszajárnak és hálásak, az “önteljesítő prófécia” ismert mertoni elve szerint így az orvostól kirihatatlan lesz a meggyőződés a kezelési mód hatékonyságáról. Számos újabb közlemény – főleg a pszichiátriai szakirodalomban – szinte kizárólag ebben a szemléleti keretben tárgyalja a fóbiás szívpanaszokat. E kötetben viszont inkább a neuro-, ill. pszichovegetatív szindrómák keretét húzzák alá, viselkedéseméleti (behaviorista) koncepciók alkalmazásával. A leírt terápiás eljárások is főleg deszenzitizálást, aktiválást, közös programokat végrehajtó csoportközegbe való integrálást ajánlanak. 3-4 hetes programokban sikeresen ke-

zelik a szívneurotikus csoportokat. Érdekes módon valamennyi bemutatott terápiás programban a mozgás és sportterápiák igen nagy jelentőséget kapnak, ezek segítségével először provokálják a tüneteket, később viszont ezekkel demonstrálják a betegeknek, hogy bírják a megterheléseket.

A kötetben sok érdekes adat, gondolat, klinikai szempont van, talán egy érdemel még említést. Dworkin és tübingeni munkacsoportja felfigyelt arra, hogy a baroreceptorok stimulációja csökkenti a fájdalomérzés intenzitását és a szorongást is. Ennek nyomán olyan hipotézist állítottak fel, hogy az esszenciális hipertónia vegetatív tanulási folyamaton át alakul ki, a hipertóniás öntudatlanul mintegy kondicionálja magát a baroreceptorok ingerlésére a vérnyomás-emelkedésen át. E hipotézist laboratóriumi kísérletekkel is próbálták igazolni.

A recenzióból is látható, hogy a könyv színes, érdekes ismeretanyagot tartalmaz, és szinte minden orvos és klinikai pszichológus számára ajánlható olvasmány.

40. A szexuális fóbiák

Helen Singer Kaplan: Sexualaversion, sexuelle Phobien und Paniksyndrome

Helen Singer Kaplan számít ma a szexuális zavarok célzott terápiájában a vezető szakembernek a világon. Könyvei a hetvenes évek elejétől kéthárom évente jelennek meg és testesítik meg a szexuálterápiás technika és elmélet legmodernebb változatát. A könyvek rendre megjelentek német fordításban is, a stuttgarti Enke kiadó gondozásában. Ez a legutóbbi kötet már alig egy évvel az amerikai megjelenés után hozzáférhető a német piacon is, Dieter Langer német szexológus fordításában és előszavával, ő Kaplan német tanítványának számít. A kötet jól mutatja a szexuálterápiák jelenlegi helyzetét. A viselkedésterápiás elvű, és a szexuális reakció fiziológiájára épülő szexuálterápiák ma egyre több esetben eredménytelenek, a jelenleg szexuális zavarokkal küzdő párok és emberek általában bonyolultabb összetételű pszichológiai problémákkal küzdenek, mint ami korábban típusos volt. Már a nyolcvanas évek elején ajánlották a szakemberek – köztük Kaplan is –, hogy a hagyományos szexuálterápiára nem reagáló esetekben pszichodinamikus – pszichoanalitikus – szemléletű fokális terápiát vagy párterápiát kell alkalmazni. Most a fejlődés még inkább az eklekticizmus, ill. a terápiás kombinációk felé halad, most a biológiai pszichiátria, ill. a farmakopszichiátria eszközeit is megpróbálják bekapcsolni a szexuális zavarok kezelésébe. Kaplan és a vele kapcsolatban álló szakemberek csoportja kb. 2000 kezelt esetükben mintegy 100 olyan pácienszt találtak, akiknek szexuális zavara rohamokban jelentkező szorongáskészség, ún. pánikszindróma következménye volt. Többnyire gyermekkori élmények, korlátozó nemi nevelési befolyások következtében a szexuális ingerek a személyiség számára szorongáskeltők, ezt a partner viselkedése fenntartja vagy élezi (adott esetben pl. a partner gátlásossága, amely elfogadja a szorongásra hajló, szexuálfóbiás párja elkerülő manővereit), és a közelgő szexuális kapcsolat valóságos pánikrohamokat vált ki. Kaplan szerint – főleg a pánikszindrómát leíró Donald F. Klein hatására (aki a kötetben gyógyszerterápiás fejezetet is írt) – a pánikszindróma biológiai hajlamosság, valószínű, hogy már ennek hajlamosító, érzékenyítő hatására alakul ki a szexuális gátlásosság is. Ezt biológiai eszközökkel kell leküzdeni, mert a szexuálterápiás gyakorlatok csak fokozzák a pánikkészséget, tüneti romlást; esetleg

depressziót, a párkapcsolat megszakadását, vagy pedig a kezelés abbahagyását eredményezik. Pánikszindrómára utaló esetekben, amelyek gondos anamnézis és párterápiás kezdeményezések nyomán felismerhetők, nagy dózísú (150-250 mg/die) imipramin vagy más antidepresszáns kezelést, és ez után vagy ezzel egyidejűleg pszichoszomatikus fokálterápiát ajánl a szerző a fóbiás beteg számára. Csak ezután ajánlatos a partner komolyabb bevonása és a párterápiás gyakorlatok megkezdése. A leírás szerint ez a módszer eredményes, még idős, több évtizeden át fennálló szexuális zavarok is kezelhetők ilyen módon, ha a pánikszindróma megfelelő kezelése az első lépés.

A kötet nagyon sok gyakorlati szempontot ad, hasznos olvasmány, de Kaplan korábbi munkáihoz képest csalódást kelt. Kevesebb benne a pszichológiai, társaslélektani tartalom, túlteng a biologizálás a pánikszindróma leírása kapcsán. Ez a leírás elnagyolt, nem azonos a nemzetközi irodalomban ma már elfogadottnak látszó képpel. A gyermekkori szocializáció nagyobb hangsúlya, a pánikszzerű szorongás ingerháttérének feltárása, a pánik „értelmének” tisztázása pszichoterapeuták számára fontos elhajlás az uralkodó, főleg amerikai felfogástól. Nagyon hiányzik azonban a pánikszindróma kritikája, a nozológiai entitás túlzottan tág, nem világos a szorongás komolyabb mértéke és a pánik közötti differenciáldiagnosztikai különbség. Igencsak feltételezhető, hogy a szerző – és a könyvből kitűnő módon széles munkatársi köre „felült” a pánikszindróma divatjának, a szexuális zavarok súlyosabb formáit ismét egyénlélektani háttérre redukálta, és a biológiai betegszerepen át elért terápiás hatásokat elméletileg úgy általánosította, hogy ebből újfajta kezelési ideológiát kreált. Szexuális zavarokkal foglalkozók tudják, hogy a betegek mennyire akarják a szomatikus betegszerepet, mennyire megkönnyebbülnek, ha szervi diagnózist kapnak, milyen hálásak és mennyire javulnak kezdetben. Ez gyakran félrevezeti az orvosokat, és ha a beteg elszakadnak (pl. mert az újra keletkező tünetek miatt a beteg máshoz –, fordul, avagy a ma divatos akupunktúrás vagy más – ugyancsak szomatikus filozófiát sugalló – kezelésbe megy), könnyen hiszik, hogy eredményt értek el, jó gyógymódot alkalmaztak. Kaplan javaslatait tehát fenntartással kell fogadni. Mélységesen igaz viszont és megszívlelendő, hogy a szexuális zavarok bonyolultabb eseteiben a kombinált pszichoterápiás módszerek, a frakcionált és stratégiaileg átgondolt beavatkozási folyamatok ajánlatosak. Való igaz az is, hogy a szexuálterápiás gyakorlatok önmagukban mind kevésbé válnak be, és ezért pszichodinamikus közelítésnek is növekvő a szerepe. Adott esetben gyógyszeres kezelés is indikált lehet, ehhez azonban nem kell feltétlen olyan merev elméleti konstrukció, mint amilyen ma a pánikszindróma. Elegendő, ha averzív, szorongásos neurotikus folyamatokat veszünk a kezelés során figyelembe.

41. A pánikrohamok fenomenológiája A pánikbetegek beszámolóinak leíró vizsgálata

A pánikbetegség kategóriája az utóbbi évtizedben elterjedt és széles körben használatossá vált, sokat kutatták, de fenomenológiájával keveset foglalkoztak. Két nagy amerikai vizsgálat alkalmazta a kategóriát a hetvenes években, ezekben elkülönítették a generalizált szorongásos betegségtől. A kategória nem empirikus vizsgálatok alapján jött létre, hanem a DSM-III bizottság elhatározása nyomán. Éppen ezért célszerű a kérdést tovább kutatni. A szerzők beteganyagukból 46 olyan beteget vizsgáltak, akiket pánikbetegség diagnózissal vettek fel és kezeltek, ezek válogatás nélküli, egymást követően felvett esetek voltak. Igen részletesen kikérdezték tüneteiket, a tünetek keletkezésének körülményeit, időtartamát stb. Egészen más tüneti képeket találtak, mint a DSM-III kritériumai alapján várhatók voltak, pl. ritkán fordult elő a DSM-III által tipikusnak mondott fulladásérzés, mellkasi fájdalom vagy parasztézia, míg nagyon gyakoriak voltak a gasztrointesztinális panaszok. A szorongásos rohamok általában viszonylag rövid ideig tartottak (szemben a DSM-III állításával). Míg a DSM-III szerint a szorongásos rohamoknak nincs kiváltó tényezője és a személyiség számára így nincs magyarázható oka, a betegek csaknem 90%-a arról számolt be, hogy meghatározott szituációk váltják ki a rohamokat, azok az esetek többségében reakciók problémákra, kellemetlen ingerekre. Másnak bizonyult a férfiak tipikus tüneti képe a vizsgálatban, mint a nőké.

A szerzők részletesen leírják a talált tüneti konstellációkat. Hangsúlyozzák, hogy mintájuk nyilván torzított, krónikus eseteket vizsgáltak, ezért végleges következtetéseket nem tudnak levonni, de azt valószínűsíteni tudják, hogy a pánikbetegség kategóriája még tisztázatlan, és a DSM-III meghatározása a betegségről nem jó, félrevezető. Különösen az nem igazolható, hogy a rohamok önmaguktól, a szituációtól vagy a pszichológiai hatásoktól függetlenül jelentkeznek. A problémát tovább kell vizsgálni.

[Ref.: A cikk következtetéseivel egyet kell érteni. A pánikbetegség kategóriája nálunk is vészesen terjed, és a mindennapi gyakorlatban tapasztalhatjuk, mennyi visszaélés fordul elő vele. Lassanként megszűnik a szorongásos neurozisz, a koncepció jogcímet ad az orvosoknak, hogy a beteget ne explorálják,

ne próbálják megérteni, csupán a tüneti kép alapján diagnosztizálják és kezdik el nagy dózisú és hosszan tartó antidepresszáns kezelését. A betegek a pánikbetegség révén quasi szomatikus diagnózist kapnak. A kezelések nagyobb része sikertelen, félbeszakad, gyakori a betegek között a szuicid kísérlet (ami az organikus szemléletű pszichiáterekben csak megerősíti, hogy valamiféle „depresszióközeli” jelenségről van szó és a depresszióellenes kezelés indikált). Az is igaz, hogy a betegek többségét előzetesen kezelték, egy részükkel pszichoterápiásan is foglalkoztak, de szinte minden esetben a korábbi pszichoterápiás kezelés elégtelen volt. Gyakran azért szakadt meg, mert a beteg valamely szorongásos rohamában olyan orvost talált, aki a kezelést bizalmatlanul fogadta, helyette szervi kivizsgálást javasolt, pl. a tachycardiás panaszok miatt kardiológiai vizsgálatot. Újabban pedig az a jellemző, hogy a beteggel közlik, ő szervi beteg, kötőszöveti gyengesége van (lásd az állítólagos kapcsolatot a mitralis billentyű prolapszusasa és a pánikhajlam között), intenzív gyógyszeres kezelésre szorul. A korábbi kezelés megszakítása azután a pánikbetegséget kezelésbe vevő orvos kórlapjába vagy feljegyzésébe ismét tipikus bizonyítékként kerül bele: a pszichoterápia eredménytelen volt. A pánikbetegség koncepciója alapos ellenőrzésre és revízióra szorulna, a diagnosztikus kategóriát egyelőre csakis szigorú, megszorított kritériumok szerint szabadna használni.]

42. A szorongás problémái

A szorongás élményét, lelkiállapotát mindenki ismeri, hiszen ez az érzés hozzátartozik mindennapjainkhoz, mindenki kerül olyan helyzetbe, amikor szorongást él át. Ez olyan félelmi érzés, amikor tudjuk, hogy nem kellene félnünk, hiszen a veszély nem nagy, nem közvetlen vagy kis valószínűségű, mégsem tudunk úrrá lenni kellemetlen közérzetünkön, nem tudunk másra figyelni, csak a szorongásra és az azt kísérő vegetatív panaszokra, a gyors szívverésre, izzadásra, nyugtalanságra. Néha úgy jelentkezik a szorongás, hogy nem is tudjuk okát adni.

Ha valaki rendszeresen szenved szorongásban, szorongásos neurózisról beszélünk, ha a szorongásos állapot a rémületig fokozódik és az illető segítség kérésére szorul, akkor pánikállapotnak nevezzük a képet. Ha valamilyen kellemetlen inger okoz ismétlődő, tartós félelmet, akkor fóbia néven említik ezt a szakemberek. Sokféle ilyen fóbiát ismerünk: van, aki a betegségtől fél (nozófóbia), van, aki a nyitott terektől, az utcán járástól (agorafóbia); mások attól szoronganak, hogy társas helyzetben elpirulnak (eritrofóbia) stb.

Egyes szakemberek szerint a szorongás súlyos formái valamely biokémiai működés zavarának jelei, de a pszichológusok, elmeorvosok többsége úgy véli, hogy a szorongás elsősorban a személyiségből és az élethelyzetből ered. Valamiféle értelme, megmagyarázható összefüggésháttere van, aminek tisztázása sokat segíthet a szorongás leküzdésében. A szorongás tulajdonképpen jelzés hogy valami nincs rendben. Olyan jelzés, mint a test vonatkozásában a fájdalom. A szorongás főleg társas, ill. lélektani veszély jelzése, akkor érezzük, amikor az önmagunkról kifelé képviselt kép kerül veszélybe, amikor negatív megítéléstől, szeretet elvesztésétől kell tartanunk, ha tehát a lelki biztonságérzésünket fenyegeti valami. Ez a biztonságérzés nagyon fontos az embernek, ezt minden áron meg akarja tartani, és ennek érdekében gyakori a túlbiztosítás. Agyunk e téren úgy dolgozik, mint a sakkozóé, minél több lépést próbálunk előre kiszámítani, mérlegeljük az esélyeket és a lehetséges veszélyek elképzelése, elővételezése felkelti a szorongás érzését. A szorongás azután serkent a megoldás felé, óvatosságra int, tevékenységre késztet.

Ha ez a túlbiztosítás nagyfokú, és a keletkezett szorongás nem hasznos, mert nem ösztönöz, hanem inkább fékez, gátol, akkor beszélünk kóros szorongásról. Ilyenkor a szorongás több bajt okoz, mint hasznot. Sok ember a sa-

ját szorongásainak foglya. Túlzott biztonságigénye miatt szinte képtelen a pillanat kihasználására, élvezetére az ilyen személy emberi kapcsolatai is rosszak, mert önmagán kívül másra alig tud figyelni.

Nem egészséges az sem, ha valaki nem tud szorongani. Vannak ilyen emberek is, ők a szorongás hiányában nem képesek az emberi kapcsolatok problémáit előre megérezni és kivédeni. Így az ilyen emberek gyakran kellemetlenek a többiek számára, sokszor kerülnek konfliktusba, nem tudják megtartani közvetlen kapcsolataikat. Mivel a szorongás hiánya a gátlások hiányát is jelenti, az ilyen emberek (az Előzés című híres filmben Vittorio Gassman alakított ilyen figurát) átmenetileg sikeresek is lehetnek erőszakosságuk, rámenőségük miatt. A szorongás hiánya azonban ugyanolyan veszélyeztető tényező, mint amikor a fájdalom hiányzik (e ritka kórállapotokban az ember könnyen megégeti, megüti magát, nincs visszajelentése a közvetlen károsító hatásoktól).

Az élet stresszei a szorongáson át válnak megterhelővé a lélekre és egyes testi működésekre. Éppen ezért a szorongás megfelelő feldolgozása és leküzdése nagyon fontos. Mint már szó volt róla, a szorongás belső, gyakran rejtett okainak feltárása már magában is sokat old a kényelmetlen érzésből és máris megnyit bizonyos lehetőségeket, amelyeken át szorongáskeltő körülményeket ki lehet küszöbölni. Érdeemes tehát eltűnődni, mitől is szorongunk. Más ember is tud segíteni abban, hogy megismerjük a szorongáson át rejtett önmagunkat. Bonyolult, vagy beteges esetekben szakemberek segíthetnek. Nagyon fontos, hogy biztonsági szükségletünket ésszerű módon elégítsük ki. Ha új helyzetekben, vizsgák előtt, fellépéskor szorongunk, a gondos felkészülés és a gyakorlás sokat segíthet. Ha valamilyen viselkedési teljesítményre nem vagyunk képesek, érdemes azt feladatsorokra bontani és az egyszerű elemektől a bonyolult felé haladva gyakorolni. Meg lehet tanulni a szorongásoldó technikákat (pl. relaxációt, imaginációt). Azokat a veszélyforrásokat pedig, amelyeket a modern élet rejt magában, az ésszerűen felmért valószínűség arányában megfelelő előrelátó tevékenységgel kell megpróbálni ellensúlyozni.

E vonatkozásban figyelemre méltó a biztosítás intézménye, ebben ugyanis benne rejlik az ésszerű megoldás modellje, amely átvitt értelemben mintának használható az emberi viszonyok problémáira is, azokban is ilyenfajta mérlegelés, tisztázás, cselekvő előrelátás szükséges.

43. A szorongás és a szív

A nyolcvanas évek elején az akkor népszerűsége csúcán lévő Magvető sorozatban, a Tények és tanúk kötetei között megjelent Suzanne Chantal Szív-szorongva című könyve, amely a neves francia író és politikus, André Malraux különös szerelmi történetét meséli el. Az igazi hős itt nem is a nagy ember, hanem a hűséges, áldozatos partner, Josette Clotis. A könyv címe sokkal találóbb, mint az eredeti (*Le coeur battant* = a verő, dobogó szív), nagyon jól adja vissza a különös szerelem fő motívumát, az aggódást, a szorongást a szeretett másikért. Jól jelzi a cím a szorongás egyik fő sajátosságát, azt, hogy nagyon gyakran a szívre vetül a szív működésén át éljük meg. Amikor szorongunk, a szívünk hevesebben ver, néha rendellenesen is, gyakran szinte szorítást érzünk benne. Ezt a köznyelv ki is fejezi, a szorongást úgy mondják sokan, hogy jeges kéz markolja meg a szívüket, mintha összeszorítaná a szívüket valami. Valószínű, hogy a szívfájás, szív fájdalom – ami számos kifejezésben a bánkódás, sajnálkozás, megbánás jelzésére használatos fogalom – ugyancsak a szorongás élményéből származik. Maga a szorongás szó is feltehetően a szívszorongás” jellegzetes érzéséből származó kifejezés, valószínűleg ezért is van, hogy a legtöbb nyelvben a szorongás szava az összeszorítás, a megszorulás, a szoros szóalakzatából származik.

A szív működés tehát szoros kapcsolatban van a szorongással, és ezért érthető, hogy a szorongás okozta szapora szívverés vagy pulzuskihagyás gyakran kelti a szívbetegség gyanúját és félelmét. Ez a gyanú és a nyomában keletkező aggódás maga is fokozza azután a szorongást, és hozzájárul ahhoz, hogy a szorongás később ismételt szív táji panaszokat okozzon. Kóros körforgás indul tehát meg oki és okozati körülmények egymásra hatásában, és ennek gyakran következménye betegségtudat, esetleg valóban beteges lelkiállapot. A nagy riadalmat az kelti, hogy korunkban sokszor fordul elő a szívinfarktus, nem ritkán fiatal emberek között, és ilyenkor is szorítás, fájdalom, rendellenes szívverés a vezető tünet. A szorongásos szívpanaszok ezért a legtöbb esetben az infarktus miatti félelem révén ijesztőek. Ha ilyenkor orvos kísérletet tesz is arra, hogy megnyugtassa a betegeket, ez ritkán sikerül teljesen, hiszen ha másképp nem, legalább azért szoronganak az értelmes, felvilágosult emberek is, hogy akkor ezek az ideges panaszok majd várhatóan megterhelik a szívet és elősegítik annak szervi megbetegedését.

Akinek szívpanaszai rendszeressé válnak, és aki emiatt orvosokat is rendszeresen felkeres, azokat szívneurotikusoknak hívják. Szinte minden orvosi ügyeletben előfordul ilyen eset, sokszor kihívják a mentőket is, a szakirodalomban számos vizsgálat eredményét közölték erről az állapotról, és egy-egy nagyobb klinikán, centrumban rövid idő alatt százával gyűjtöttek össze ilyen eseteket. A vizsgálatok szerint a szorongás, amely a személyiség különböző rétegeiből származhat és különböző okok miatt alakulhat ki, ilyenkor a betegségtől való félelem és a betegségtudat révén mintegy rögzül és konkretizálódik, átmenetileg és bizonyos fokban enyhül is, hiszen a betegség érthető, az ellen remélhetően lehet tenni valamit, abból ki lehet gyógyulni, míg a szorongó, gátlásos ember nem nagyon érti önmagát és nincs is miben reménykednie. Újabban pánikállapotról, pániksziindrómáról beszélnek ilyenkor az orvosok, utalva ezzel arra a megfigyelésre, hogy sokszor a rohamszerűen jelentkező fő tünet a szorongás. A szenvedő ember megérti, hogy nem a szívével van baja, mégsem tud parancsolni ijedtségének és orvost követel, segítségre szorul. Többnyire azonban a nagyon magasra szökő pulzus vagy a szívtáji szűró, szorító érzés kelti a pánikot. Azok a szakemberek, akik inkább pániksziindrómáról beszélnek és nem szívneurózisról, hajlamosabbak gyógyszerekkel kezelni ezt az állapotot, és a szorongáskészség biológiai okait kutatják. Bizonyos gyógyszerkombinációkkal jó eredményeket írnak le. Ha a gyógyszereket abahagyják, nagy a visszaesés veszélye. A pszichológiai beállítottságú szakemberek inkább a neurotikus hátteret, a betegségbe menekülést, a betegként elfogadás előnyeit (kímélet, törődés, felmentés) emlegetik, és nem csodálkoznak azon, hogy szorongáscsillapító vagy depresszió elleni gyógyszerek kúrája jó hatású lehet, de azon sem, hogy ezzel a tünetek véglegesen nem szüntethetők meg.

Ha a szorongás szívhatásai nagyon kellemetlenek, a kezelés helyénvaló, már csak azért is, mert sok beteg valóságos hipochonder lesz, orvosról orvosra jár, a kedvező leletet nem hiszi el, a legkisebb pozitívnak látszó leletbe belekapaszkodik, előbb-utóbb beteggé teszi magát. Dolgait, kapcsolatait elhanyagolja. Gyógyszeres kezelésre néha szükség van, máskor célszerű, ténynek vehető azonban, hogy a „szívszorongva” átélt tünetek a lélek figyelmeztetései, hogy valami nincs rendben. Leginkább az tud meggyógyulni ezekből a tünetekből, aki meg tud változni és tud változtatni életmódján, nem hajszolja annyira magát, enged ambícióiból, ésszerűbben pihen. Aki nem változik és nem változtat, aki a jeltől nem okul és nem próbálja tudatosítani, hogy mitől is szorong, melyek azok a gondjai, amelyekkel szemben nem lép fel ésszerű intézkedésekkel, aktív megoldásmódokkal, és nem él egy kicsit tudatosabban

és egyben oldottabban, annak a beteg szerepén át nagyon keserves, kanyargós, rögös út vezet további egzisztenciájában és csak időleges enyhét talál a gyógyszerekben, kezeléseken. Még leginkább azok a kezelések használnak a közvetlen tüneti hatásokon túl, amelyekben elernyedni, relaxálni tanul meg valaki, vagy légzésének, vegetatív idegműködéseinek ellenőrzésén át tanulja meg leküzdeni tüneteit.

IV. ÖNSEGÍTÉS

44. Csoportos önsegítés

A tartalmas, adatgazdag kis kötet az önsegítő csoportok kézikönyvének tekinthető, a legmodernebb összefoglalás arról, hogyan működnek és fejlődnek a Német Szövetségi Köztársaságban az önsegítő csoportok. A cím némileg félrevezető, talán onnan eredhet, hogy előtérbe került, hogy a német térben elsősorban krónikus betegek, ill. ilyen betegek hozzátartozói tömörülnek önsegítő csoportokba, és e csoportok fő tevékenysége azoknak az információknak megszerzése és terjesztése, amelyeket az egészségügyi intézmények nem adnak meg nekik. A betegséggel, fogyatékossággal bánni tudás ilyen értelemben valóban bizonyos hatalom és az önsegítő csoport – mint ezt az alcím fejezi ki – önállóvá, függetlenné képes tenni a betegeket. De a betegség és fogyatékosság körül szerveződő önsegítő csoportokon kívül sokféle más csoporttípus is létezik, pl. feministák, gyermeküket egyedül nevelők, magányosok, öregek, rendellenes nemi kérésűek, börtönből szabadultak stb. csoportjai. Német szakemberek kb. másfél évtizede kutatják és igyekeznek egyben segíteni és fejleszteni az ilyen csoportok mozgalmát, amely Európában a hatvanas években indult és kb. a hetvenes évekre bontakozott ki. Az egyik legfőbb kutatóközpont a hamburgi egyetem orvosi szociológiai intézete, itt ma a kötet szerkesztője, Alf Trojan professzor vezeti a kutatásokat. A könyv fejezeteit ő és munkatársai írták.

A fejezetekből egyrészt kibontakozik az önsegítő csoportok sokféle válfájának alakulási folyamata, működési képe és problémavilága. Sok csoport történetét egészen konkrét módon mutatják be a fejezetek. Megismerjük a vizsgálatokat is, különféle – köztük több országos, reprezentatív mintán történő – felmérések adatait. Ezekből kitűnik, hogy a lakosság nagy szimpátiával és értékelően figyeli ezeket a csoportokat, egyre több ember tud róluk. Kiderült, hogy milyen motivációk vezetnek ilyen csoportokba az embereket. Általában több motiváció hat egyszerre, pl. az elsődleges emberi kapcsolatok relatív hiánya vagy elidegenedettsége, a gyógyító vagy segítő intézményekkel való rossz, ill. elégtelen kapcsolat, a tanulás és fejlődés vágya, a lázadás a „büro- és expertokrácia” ellen stb. E csoportok általában jellegzetes fejlődési fázisokon mennek át. Először a csoportkeretek jönnek létre, a célkitűzéseket rögzítik, munkamódokat alakítanak, majd munkafázis, aktív időszak után a fejlődés meglassul, klubszerűvé válik az együttlét, számos csoport feloszlik. Elterjedt,

gyakori problémák körül szerveződő csoportok fedőorganizációkat alkotnak és társadalmi síkon is képviselik a közös ügyet. Természetesen sok zökkenő, konfliktus, patológiás torzulás is kíséri a csoportok fejlődését. Érdekes azonban, és a szakembereket megdöbbentő, és egyben nagy reményekre serkentő tény, hogy a csoportok túlnyomó többsége spontán képes megoldani problémáit, megtartja, sőt szaporítja a tagjait, jelentős viselkedésváltoztatást ér el, elősegíti az értelemteljes kölcsönhatást és együttműködést a gyógyító és segítő intézményekkel. Az önsegítő csoportokban történő események a demokrácia közvetlen, interperszonális megnyilvánulásai. E megfigyelések nyomán gondolnak arra az önsegítő csoportokkal foglalkozó szakemberek – szociológusok, politológusok, pszichológusok –, hogy ezekben társadalmi megújulás lehetősége és csírája rejlik, az emberi kapcsolatok humanizációja mellett a szociálpolitika és az egészségügy hatékonyságának jelentős fokozása is várható. A betegségek körül szerveződő önsegítő csoportok pl. megsokszorozhatták az egészségügy hatékonyságát e téren.

A pszichiátria szempontjából ez különösen érvényes, mivel a legnehezebben kezelhető problémák körül alakulnak ki az önsegítő csoportok és végeznek eredményes munkát. Az alkoholisták önsegítő csoportjai, az AA csoportok lényegében a mozgalom történeti előfutárai voltak, és ma sokféle változatban működnek. Hatékonyak a drogbetegeket tömörítő csoportok, sajátos jelentőségre tettek szert a hozzátartozó csoportok, ezek krónikus pszichiátriai betegek körül is fontos szerepet játszanak. A krónikus betegek reszocializációját és rehabilitációját nagyban elősegíthetik az önsegítő csoportok.

A kötetre ezért is érdemes felhívni a pszichiáterek figyelmét, hiszen ez a kézikönyv méretű, ugyanakkor igen olvasmányos és jól tagolt kötet megad minden információt, amely ilyen csoportok szervezése és támogatás szempontjából lényeges. Sok szó esik az orvosok, pszichológusok és az önsegítő csoportok optimális viszonyáról, a csoportok szakszerű segítésének és szupervízióinak módszereiről, amelyek ugyanakkor nem korlátozzák az önállóságot. Külön érdekességgel bír a Német Szövetségi Köztársaságban több helyen is felállított központok munkájának leírása, mely központok kapcsolatokat teremtenek a különféle csoportok között, támogatják az országos hálózatok kialakulását, és vállalják az önsegítő csoportok propagandáját, politikai képviselését, továbbá azt, hogy az érdeklődőket a megfelelő csoportokba juttatják el. Eddig az önsegítő csoportok főleg apróhirdetések vagy lokális kapcsolatok nyomán, esetleg gyógyító vagy más, adminisztratív intézmények bázisán alakultak. Most a központok mindenkit eljuttatnak a legközelebbi csoportba. Nagyon sok kiadványt is produkálnak, ezek pl. felkészítik a praktikus

feladatokra, problémákra az alakuló csoportokat, elővételezik a nehézségeket, tanácsokat adnak megoldásukra, szakszerű segítséget vagy szupervíziót ajánlanak fel. Nagy központ működik Berlinben, és a szerkesztő irányításával KISS elnevezésű (a Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen hivatalos cím rövidítése) kiterjedt központ tevékenykedik Hamburgban is. E központok egyben kutatási centrumok is, hiszen hatalmas tapasztalatanyag gyűlik ezekben össze (pl. a kötetben szó esik bizonyos csoportfajtákról, amelyek leírása több mint hetven különálló csoport többéves követésén alapult), a felmérések nagyon sok emberre és csoportra terjedhetnek ki.

A pszichiáterek szempontjából említésre méltó körülmény, hogy a pszichés betegek vagy az önismeretre, kompetenciafokozásra törekvők önsegítő csoportjai rendszerint megnövelik az igényt a szakszerű segítségre is. Sok emberben megéri a motiváció ilyen csoportokban, hogy kezelteti magát, pszichoterápiába megy. Néhány önismereti csoport átment lege artis pszichoterápiás csoportba, szakember meghívása révén. Nagyon fontos, hogy az önismereti csoportban részt vevők igyekeznek segíteni másoknak mindennapi környezetükben is, jó hatást gyakorolnak pl. pszichésen beteg munkatársaikra, szakszerű kezelés felé terelik őket stb.

Sajnálatos módon az önsegítő csoportok mozgalma nem terjedt át Magyarországra, csupán az alkoholisták klubmozgalmában vannak ilyen tendenciák, e klubok azonban főleg orvosi irányításúak és intézményfüggőek, háttérbe szorultak az önállósodási kezdeményezések. Pszichiátriai betegek önsegítő csoportjai vagy hozzátartozó-csoportok gyakorlatilag nemlétezőknek tekinthetők nálunk. A pszichiátriai rehabilitáció és reszocializáció iránti fokozódó igény, az egészségmegőrző és egészségfejlesztő program követelményei, továbbá az egyéni kezdeményezések és a szervezetalakítások növekvő lehetőségei előbb-utóbb aktuálissá teszik nálunk is ezeket a csoportokat. Ezért lenne helyes, ha a pszichiáterek már ismernék a külföldi tapasztalatokat és támogatnák, elősegítenék a megnyilvánuló kezdeményezéseket. Ehhez segít Trojan kítűnő könyve, aminél jobb bevezetőt, tájékoztatót, és egyben kompendiumot a szakirodalomban nem találhatunk.

45. Önsegítő csoportok és kölcsönös támogatás az egészségügyben

A dubrovnikai egyetemközi továbbképző intézet 1979 óta évente rendez konferenciát és továbbképző kurzust az önsegítő és kölcsönös támogatást nyújtó csoportok témakörében. Az utóbbi néhány évben ez a témakör nagy figyelmet kapott és a WHO „Egészséget mindenkinek 2000-re” elnevezésű programja is felkarolta, ugyanis ez a lakosság átfogó egészségfejlesztését csak az öntevékeny, önsegítő csoportok támogatásával és bekapcsolásával tudja elképzelni. Néhány év óta ezért a kurzus egyik irányítója Ilona Kickbusch, aki a WHO egészségnevelési szakvezetője. A kurzust egyébként a zág-rábi Adria Stampar közegészségügyi főiskola két szakembere szervezi, Zivko Kulcar és Árpád Baráth, akik a kérdés nemzetközileg ismert szakemberei. A programot vezeti még Alfred Katz kaliforniai professzor, aki elsőként kutatta az önsegítő csoportokat és fedezte fel ezek nagy társadalmi jelentőségét, továbbá a belga J. Brankaerts, aki az önsegítő csoportok ügyét különböző politikai fórumokon, az Európai Közösség különféle bizottságaiban is képviseli.

Az önsegítő mozgalmak a hatvanas években indultak meg, és a hetvenes évekre váltak rendkívül kiterjedtté. Lényegük az, hogy hasonló bajban, gondban lévő emberek összeszövetkeznek és megpróbálnak egymásnak segíteni. Ez javarészt lelki úton történik, érzelmileg támogatják egymást, tartják egymásban a lelket, segítenek elviselni vagy megoldani a bajokat. De nagyon sok információcsere és tanítási-tanulási folyamat is zajlik ezekben a csoportokban. Először a Névtelen Alkoholisták (Alcoholics Anonymous) csoportjai terjedtek el, ebben kigyógyult alkoholisták segítik az iszákosokat, hogy ellen tudjanak állni az alkoholizmus csábításának. Később fogyatékosok, kövérek, diabetikusok, rheumatoid arthritisben szenvedők, fogyatékos gyerekek szülői, gyermeküket egyedül nevelő szülők, elmebetegek hozzátartozói stb. alakítottak csoportokat. A hetvenes évek második felében a rákos betegek csoportjai kezdtek szaporodni, a nők pedig Amerikában és a nyugat-európai országokban feminista (ún. női öntudatfejlesztő, consciousness-raising) csoportokba tömörültek. Az azonos problémával küszködők csoportjai általában kapcsolatot kerestek egymással, majd regionális, később nemzeti szervezeteket hoztak létre, vannak országhatárokon is átnyúló szervezetek is. A szervezetbe tömörülő önsegítő csoportok általában komoly politikai erőt jelentenek,

ezek a tagjaik érdekében különböző intézményekkel is kapcsolatba lépnek. Vannak csoportosulások, amelyekben nem az érzelmi vagy közvetlen gyakorlati támogatás és segítség áll előtérben, hanem a politikai érdekképviselet. Alfred Katz korábbi javaslatára ezeket a csoportokat nevezték kölcsönösen támogató (mutual aid) csoportoknak, elkülönítve őket az önsegítő (self-help) csoportoktól. Ezt a distinkciót később elhagyták, mert pl. éppen a szervezet-alkulás leírt folyamata szükségszerűen a kölcsönösen támogató tevékenységet helyezi előtérbe a korábban csak önsegítéssel foglalkozó kis csoportokban is. De pl. a betegek önsegítő csoportjai, az orvosokkal és az egészségüggyel kapcsolatos ügyintézési is fokozatosan kölcsönösen támogató arculatot nyernek.

A szakembereket e csoportok öntevékenysége és hatékonysága ragadta meg. E csoportok meg tudják őrizni tagjaikat, a bekerülő problémás emberek pszichológiai vagy szomatikus állapota jelentősen javul, a krónikus betegek együttműködése az orvosokkal sokkal jobb lesz. A csoportokban nagyfokú kreativitás bontakozik ki. Általában bebizonyosodik, hogy sok ember bölcsessége és aktivitása összeadódik, és nagyon lényeges eredményekhez vezet. A szociológusokat ezekben a csoportokban az altruizmus megnyilvánulásai ragadják meg, továbbá a demokratikus folyamatok. Ezek a politológusok számára is nagy távlatot, a közügyekben való polgári részvétel új formáit is sejtetik. A pszichológusok a segítség mozzanatait és a spontán csoportok dinamikáját vizsgálhatják. Jelentős, hogy az önsegítő csoportok általában bevonják a problémás emberek családtagjait és barátait is, ezáltal az önsegítő csoport kihat az emberi kapcsolathálózatokra és a közösségre is. Az egészségügyi szakemberek főleg a betegek moráljának javulását, a spontán egészségnevelési eredményeket, a kezelési motivációk erősödését értékelik, és rámutatnak, hogy ezek a csoportok hozzásegítik a betegeket a szükséges információkhoz, amelyeket az egészségügytől nem kapnak meg. Gyakran az egészségügy akkor sem tudja ezeket az információkat megadni, ha ambicionálná is ezeknek nyújtását (általában azonban az egészségügy elhanyagolja a betegek informálását), mert nincs elég idő az aprólékos, sokszor redundáns megbeszélésre, és az egészségügyi személyzet nem találja meg a megfelelő információközlési módokat. A betegek viszont egymást jobban megértik és megértetik. Nagy szerepe van az önsegítő csoportokban a szolgáltatások spontán cseréjének és a modellkövetésnek, a bajával eredményesen megbirkózó csoporttag általában minta lesz a többiek számára.

Az önsegítő csoportok fejlesztésére világszerte intézményeket hoztak létre. Elterjedtek pl. az ún. információs központok (clearinghouse-ok), amelyek

tanácsokat adnak a formálódó önsegítő csoportoknak, tájékoztatják őket, létrehozzák közöttük a kapcsolatokat. Vannak kutató egységek is, amelyek e témával foglalkoznak. A WHO többször hívott már össze szakértői értekezleteket e kérdésben. A dubrovnikai konferenciára igen jó erőket sikerült összehozni. Számos jugoszláv szakember volt jelen, Jugoszláviában leginkább krónikus betegek csoportjainak szervezésével foglalkoznak. Alfred Katzon kívül eljött Eugene I. Bender, Katz főbb közleményeinek társszerzője, ugyancsak kaliforniai professzor, Alf Trojan hamburgi orvosszociológus, Klaus Balke, a Nyugat-Berlinben működő, de az egész NSZK-t is ellátó információs és közvetítőközpont munkatársa, Jürgen Matzat, aki Giessenben vezet kutatásokat az önsegítő csoportok körében. Voltak holland és belga szakemberek, érkezett szakember Ausztráliából, Angliából, a rákos betegek országos szervezetét képviselte két aktivista, érkezett Skóciából feminista csoportok képviselője, és volt három kenyai résztvevő is. Magyarországról Csepeli György szociálpszichológus volt rajtam kívül előadó és ún. resource person, vagyis aktív programalakító, és két pécsi orvos vett részt hallgatóként. Párhuzamosan folyt az intézetben orvosetikai kurzus, ezen Blasszauer Béla dr. tartott előadást és két fiatal magyar szakember is részt vett, ez a kurzus is az „Egészséget mindenkinek 2000-re” program részét alkotta.

A konferencia igen élénk és tanulságos volt, a délelőtti előadások és a délutáni workshopok a témakör egészét felölelték. A jugoszláv rendezők, Katz, Bender és Brankaerts áttekintették az önsegítő csoportok történeti alakulását, fajtáit, trendjeit. Majd egyes országok viszonyairól hallhattunk beszámolókat, így egy japán orvosszociológus előadását is. Kiemelkedett Alf Trojan előadása, amely az önsegítő csoportokkal kapcsolatos európai kutatásokat értékelte, valamint Jürgen Matzaté, aki az önsegítő csoportok lélektani és csoportdinamikai folyamatait ismertette. A véletlen úgy hozta, hogy az én előadásom is ugyanazt a témát tárgyalta, a lényeges pontokban szerencsés szemléleti azonossággal, de ugyanakkor a részleteket illetően kiegészítő módon. A témát esti workshopon is kibonthattam, elég sok résztvevő közreműködésével. Csepeli György az önsegítő csoportok interakciós stratégiáit mutatta be, a szociálpszichológiai csoportkutatások szempontjából, Árpád Baráth zágrábi pszichológus az önsegítő csoportok kreatív folyamatairól beszélt.

A konferenciát elsősorban a tapasztalatcsere jellemezte. A résztvevők a szünetekben is együtt voltak, és megbarátkoztak egymással. Vita aránylag kevés volt, még leginkább arról oszlottak meg a vélemények, hogy mi a szakember optimális szerepe az önsegítő csoportokban. Az egészségügyi problémákkal küszködők csoportjaiban általában az orvosnak vagy az egészségügyi

45. Önsegítő csoportok és kölcsönös támogatás az egészségügyben

szakembernek helye van, ez egyértelmű, de már a többi önsegítő csoportban a szakembert nem igénylik, a csoport általában maga határozza meg a módszereit és tevékenységét. Sokak szerint a szakember akkor se avatkozzék be, ha a csoport valamit körülményesen vagy rossz hatásokkal csinál. Másik vitatott kérdés volt, mennyiben válik az önsegítő csoport komoly társadalmi vagy egészségügyi erőforrássá. Bár igen nagy számú csoport működik, Amerikában szinte felmérhetetlen a számuk, Nagy-Britanniában kb. 50 ezer, az NSZK-ban 40 ezer csoport alakult, de így is csak a lakosság 1-2%-át érintik a csoportok. Egy-két év után a csoportok gyakran felbomlanak vagy szervezetileg alakulnak át. Több területen láthatóan az ellátási hiányok vagy az információhiány hívja életre a csoportokat, és amint pl. az egészségügy szolgáltatásai javulnak és megfelelő gondot fordítanak az információadásra, a csoportok száma csökkenni fog. Kérdés tehát, hogy a 2000. évre kitűzött ambiciózus WHO egészségprogramban lesz-e komoly szerepük az önsegítő csoportoknak.

Az igen jó hangulatú, tanulságos konferencián azonban az önsegítő és kölcsönösen támogató csoportok nagy jelentőségét és társadalmi, valamint pszichológiai erejét megérthettük és megismerhettük. Nagyon hasznos volt számomra a részvétel, ezért igen hálás vagyok a meghívást és a pénzügyi támogatást intéző Árpád Barátnak, valamint a részvétei engedélyezéséért munkahelyi elöljáróimnak és az Egészségügyi Minisztérium Nemzetközi Kapcsolatok Főosztályának.

46. Önsegítés és kölcsönös támogatás csoportokban az egészségügy területén

Az idén kilencedik alkalommal ült össze a dubrovnikai Inter-University Centre-ben az önsegítő és kölcsönös támogató csoportokkal foglalkozó nemzetközi kurzus. A kurzusra a WHO Európai Regionális Irodája, a leuveni egyetemen működő, az egész Európai Gazdasági Közösségre kiterjedő hatókörű Self-Help Clearinghouse és a zágrábi egyetem közegészségügyi intézete rendezésében kerül sor, vezetői között ezen intézmények szakemberei találhatók, az egyik vezető még rajtuk kívül Alfred Katz professzor, a kaliforniai egyetem (UCLA) professzora. Katz volt az első, aki az ötvenes évek elején felfigyelt az önsegítő és a kölcsönös támogató csoportokra, átfogó vizsgálatokat végzett ezekkel kapcsolatosan, doktori disszertációját pl. az Alcoholic Anonymous csoportok működéséről írta. A hetvenes évek elejétől pedig a WHO-n és más nemzetközi szervezeteken át e csoportok propagálását, támogatását hirdette meg, mint szociálpolitikai és egészségügyi erőforrást és mint a mai társadalomban különlegesen fontos közösségi tevékenységformát. Munkatársával, Eugen Benderrel közösen írt, 1976-ban megjelent könyvét (The Strength in Us. Self-Help Groups in the United States) tartják a problémakör bibliájának. A hetvenes évek elejétől az önsegítő csoportok Európában is divatosak lettek, különösen a Német Szövetségi Köztársaságban. A hetvenes évek végén már elmélyült kutatások folytak a témakörben és több nagy információs központ (angolul: clearinghouse, németül: Informations- und Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen) is létesült. Ezeknek néhány vezetője is a kurzusok rendszeres résztvevője. Az idén közülük csak a giesseni Jürgen Matzat volt jelen, a hamburgi és a nyugat-berlini központok vezetői a következő héten külön tanfolyamot szerveztek önsegítő csoportokkal foglalkozni kívánó szakemberek és aktivisták számára. A korábbi kurzusokon ugyanis probléma volt, hogy egyrészt magas szintű szakmai konferencia folyt, amely nagyon elvont síkon tárgyalta az önsegítő csoportok különféle jelentőségeit, másrészt sok kezdő is volt jelen, aki gyakorlati ismerteteket szeretett volna szereztetni. A kétfajta igény nehezen fért össze, ezért most megpróbálták a kétféle érdeklődést különválasztani. Ez csak részben sikerült, mert a hagyományos, szakértői összejövetelen is megjelentek gyakorlati érdeklődők, ugyan-

akkor néhány jeles szakember erre a hétre nem tudott eljönni, csak a következő hétre, amikor is gyakorlati oktatási feladatai voltak. A szakemberek többsége ezen a héten gyűlt össze, az izraeli, norvég, belga, angol, spanyol és ausztrál gyakorlati érdeklődők, az önsegítést konkrét szinten megismerni akarók maradtak a következő hétre is. Összesen kb. 30 ember vett így részt, ebből néhányan ún. resource personok voltak, vagyis előadók és vitavezetők. Érdekessége volt a találkozásnak, hogy először képviseltette magát a kurzuson a Szovjetunió, fiatal alma-atai szakember részvételével, akitől megtudtuk, hogy a Szovjetunióban is elkezdtek az önsegítő mozgalom támogatását. Csepeli Györggyel, az ELTE Szociológiai Intézete docensével voltunk ketten magyar előadók, még egy fiatal magyar pszichológus és egy szociális gondozó vett részt a kurzuson a Soros Alapítvány támogatásával. A resource personok költségeit az Inter-University Centre fizette.

Mivel a szakértők mindegyike már több hasonló kurzuson vett részt, a téma közös ismeretanyagára támaszkodtak az előadáson. Csak Alfred Katz ismételte meg röviden, hogy az Egyesült Államokban 800.000-re becsülik az önsegítő csoportok számát, több millió résztvevővel. A Német Szövetségi Köztársaságban is egy-két millió emberre terjed ki az önsegítő csoportok mozgalma. Főleg krónikus betegek, fogyatékosok vagy ilyen emberek hozzátartozói tömörülnek önsegítő és kölcsönösen támogató csoportokba. Vannak gyakori állapotok, amelyek országos szervezeteket is kitermelő számban váltak önsegítő csoportok alapjává, pl. Amerikában sok százezer tagot, sok száz vagy ezer különböző csoportot tömörítenek a reumás betegek, a rákosok, a mozgáskorlátozottak csoportjai és országos szervezeteik, igen nagy költségvetéssel bírnak és sok száz fizetett alkalmazottat dolgoztatnak, akik a csoportok ügyeit képviselik. Máskor csak néhány emberből áll egy-egy csoport és csak később talál kapcsolatot valamilyen más városban működő hasonló csoporttal. Az információs központok segítik a csoportok kontaktusait, gyűjtik a csoportokra vonatkozó adatokat, az önsegítő csoportokat kereső embereket útbaigazítják, alakuló csoportoknak szervezési tanácsokat adnak, ill. a csoportok különböző problémái esetében konzultatív segítséget nyújtanak. A csoportok általában jól dolgoznak, elég jó a hatásfokuk. Mint a bemutatott vizsgálatokból kiderült, még mindig az Alcoholics Anonymous csoportok és a hasonló konstrukciók érik el a legjobb eredményeket az alkoholisták kezelésében. Jugoszláv és ausztrál adatok szerint a hipertóniások és a túlsúlyosok, valamint a bulimiások csoportjai is nagyon hatékonyan működnek. A tartósan fogyatékos, hátrányos helyzetű vagy gyógyíthatatlan beteg emberek is igen jól érzik magukat az ön-

segítő csoportokban, jól együttműködnek az orvosokkal, és nagyon jól adaptálódnak korlátozott életlehetőségeikhez.

A kurzuson számos témában elmélyült munka folyt, a csoport megbeszélte pl. az önsegítés és a kölcsönös támogatás hivatalos propagációjának lehetőségeit és politikai feladatait, számos kutatási beszámoló hangzott el (főleg jugoszláv szakemberek részéről). Csepeli György az önsegítés szociokulturális hátterét, a modern társadalmi szerkezetek és politikai rendszerek elidegenítő légkörét, mint önsegítéssel megoldandó jelenséget tárgyalta. Mint a kurzuson többször is kifejtették, az önsegítés és a kölcsönös támogatás elve ott szükséges, ahol nincs vagy fejletlen a közösség kapcsolathálózata. Az önsegítés igazán csak demokratikus társadalmi alakzatokban tud fejlődni, ahol önkéntes társulásokra van mód. A csoportok plurálisak, különféle motivációkból alakulhatnak és sokféle belső mikrokultúrát képviselhetnek. A legtöbb csoport a szociális igazságosság, az emberi jogok, a humanizmus jegyében tevékenykedik, de sok a vallásos csoport is.

Sok szó esett az önsegítés határeseteiről, amikor a csoport inkább laza szerveződés, klub vagy esetleg lokális politikai szövetség, amely betegek, hátrányos helyzetűek ügyeinek támogatása érdekében jön létre. Az én feladatom az önsegítő csoportok konzultációjához alkalmas irányelvek kidolgozása volt. Éppen a sokféle változat figyelembevétele mondatta velem, hogy valószínűleg nem optimális az önsegítést és a kölcsönös támogatást a csoport kategóriájában szemlélni, mert ez túlságosan köti a jelenséget a kiscsoportok dinamikájához. Az önsegítés és a kölcsönös támogatás elsősorban szerveződés, mégpedig a voluntáris szerveződés néhány egyszerű interperszonális mintája alapján történik. Majd formális csoport alakul, amelyben csak későn vagy érdekérvényesítést, szolgáltatások cseréjét, ill. bizonyos készségek eltanulását szolgáló csoportokban esetleg csak nagyon kezdetlegesen vagy egyáltalán nem jön létre a kiscsoportdinamika, az informális csoport. A csoporttagok nem is feltétlen kívánják a szorosabb interakciót. Ha nagyon súlyos egzisztenciális gondhoz, fogyatékosághoz kell alkalmazkodni, vagy ha a csoport célja a viselkedésváltoztatás (mint pl. alkoholisták vagy bulimiások csoportjában), akkor a kiscsoportszerű dinamika elengedhetetlen a hatékonysághoz. Felhívtam a figyelmet az önsegítő csoportok gyakori korai felbomlására és ennek okaira, a vezető szerepre törekvő csoporttagok sajátos pszichológiai problémáira, a csoportkultúra és a tevékenységi ritualizáció jelentőségére és a csoportparadigma helyett javasolt organizációs paradigmából következő néhány tanácsadási irányelvre. Mások az önsegítő csoportok nagy lemorzsolódási hányadát emelték ki. Elég jól kirajzolódott az a folyamat, hogyan kapcsolódik be

egy-egy személyiség az önsegítő csoportba és milyen úton halad tovább a részvétele, milyen belső problémák támadnak.

Az idei kurzus érdekessége volt, hogy sokan felhívták a figyelmet arra, hogy a szakmai köztudatban is gyakran idillikus kép él az önsegítő csoportokról, pedig nagyon sok bennük a belső meghasonlás, a konfliktus, a sikertelenség és a negatív mellékhatás. Ilyen lehet, hogy az önsegítő csoport ellentétbe kerül a családdal és a beteg vagy problémás ember más kiscsoportjaival. Nagy vita támadt arról, lehet-e az önsegítő csoport „self-harm” csoport, vagyis ön-maga számára ártalmas szerveződés. Itt arról volt szó, hogy a csoportok gyakran babonás gyógymódok mellett kötelezik el magukat, eltávolodnak az egészségügytől, orvosoktól, a csoport tevékenysége egészségügyileg vagy lelkileg káros lehet. A szakemberek szerint a krónikus, bajba jutott emberek többsége amúgy is ilyenfajta aktivitásokban vesz részt, pl. a rákosok 80%-a kezeli magát tudományosan el nem fogadott szerekkel és nem működik teljesen együtt a kezeléssel. Az önsegítő csoportban mindez felszínre kerül, a csoporttal kapcsolatba lépő szakember tud foglalkozni ezekkel, tud jótékony befolyást gyakorolni. Mint kimutatták, az orvosoknak a betegek nem mondják el az általuk alkalmazott „alternatív” gyógymódokat, a csoportban viszont lehet erről beszélni.

A kurzuson számos más kérdést is megbeszéltünk, a gyakorlati munka iránt érdeklődők beszámoltak a saját intézményekről és önsegítő csoportjaikról. Általában mindenütt szoros kapcsolatokat igyekeztek kialakítani az egészségügy, az orvosok és az önsegítő csoportok között és keresték, hogyan lehet ezt a kapcsolatot javítani. Az én előadásomban kiemeltem, hogy a csoportok belső dinamikáját erősítheti, ha a csoport ellenséges vagy ambivalens az orvosokkal szemben. Ezt nem szabad negatívnak tekinteni, itt ugyancsak olyasmiről van szó, mint az „alternatív” gyógymódok esetében, a betegek többsége amúgy is csalódott és ambivalens az orvosokkal szemben, csak ezt elfojtja. A csoportban ez felszínre kerülhet, és a csoporttal kapcsolatba lépő szakember ezt fel tudja oldani, dinamikai tényezővé, a csoportthatárokat szervező elemmé tudja változtatni. Elmondtam, hogy az egészségügy területén az önsegítés világszerte az egészségügyi intézmények zártsága és tradicionális szervezeti rendje miatt is alakult ki, mintegy kontrakulturális módon. Ha az egészségügyi intézmény nyitott lenne, az önsegítő csoportok egy részét magához vonhatná. Nyilvánvaló ugyanis, hogy a krónikus vagy nehezen gyógyítható beteget, fogyatékosokat ellátó intézmények keretében találkozhatnak egymással a betegek, a hozzátartozók, ezek foghatnák össze a közösségen belüli támogató önkéntes erőket, ezek adhatnának terepet, eszközöket. Erre a

célra külön – nem nagy, az egészségügyi kifizetésekhez képest elenyésző – pénzüsszegek kellenének csupán. Az önsegítés és kölcsönös támogatás csoportjainak ereje így bekapcsolható lenne a gondozásba és a rehabilitációba. Más jellegű orvosi szerepviselkedés és más egészségügyi szervezeti filozófia kellene ehhez.

A kurzus nagyon sikeres, érdekes volt, a résztvevők sokféle szakanyaggal, információval látták el egymást. Alkalmom nyílt az önsegítés és a kölcsönös támogatás sokféle problémájának átgondolására, megbeszélésére. Többféle terv született, például az, hogy a szakértők különböző társulásokban könyveket is írnak a témáról. Csepeli Györggyel és Baráth Árpáddal, a zágrábi egyetem professzorával mi is kidolgoztunk ilyen közös tervet. Előadásomat nagyobb tanulmánnyá kidolgozva a kurzus résztvevői megkapják, a visszajelzések nyomán kidolgozott anyag majd külföldi publikációra kerül. Az érdekes kurzus ismét megmutatta a szakértők és a gyakorlati aktívák igényeinek ellentmondását, a praktikus érdeklődésük soknak tartották az elméleteket, minket viszont kifejezetten a szociológiai, antropológiai, társaslélektani vonások (engem kiváltképpen az önsegítés szervezetelmélete) érdekeltek. Remélhetően ez az ellentét a következőkben elmosódik, és az elméletek értékét a teljes ellentmondásosságában és problematikájában ismertté váló nemzetközi gyakorlat majd bizonyítani fogja.

A részvételért köszönettel tartozom a meghívóknak, Baráth Árpád és Zivko Kulcar zágrábi professzoroknak, a részvétel engedélyezéséért munkahelyi előljáróimnak.

47. Az önsegítő csoportok támogatása mint hivatás?

Az önsegítő csoportok szervezésével, fejlesztésével és kutatásával immár több száz szakember foglalkozik a Német Szövetségi Köztársaságban, és az ő találkozásuk és továbbképzésük érdekében évente rendeznek konferenciákat. A nagyobb városokban speciális központok foglalkoznak az önsegítő csoportok nyilvántartásával és támogatásával, ezek a központok segítséget nyújtanak önsegítő csoportok kialakításában, ezekhez lehet fordulni az ilyen csoportok különböző gondjaival, és ezek vállalkoznak arra is, hogy a különféle problémákkal hozzájuk forduló lakosokat eljuttatják, „kiközvetítik” a megfelelő önsegítő csoportokba. Az ilyen központok az önsegítő csoportkutatás számára is alkalmas helyek, rajtuk kívül több egyetem is vállal koordináló szerepet önsegítő csoportok fejlesztésében és vizsgálatában. A Német Szövetségi Köztársaságban sok tízezer önsegítő csoport működik, milliós tagsággal, és az önsegítést nagyon fontos erőnek tartják a krónikus betegségek, egészségkárosodások, deviáns magatartási motivációk és sorscsapásszerű életproblémák elviselése és enyhítése szempontjából. Ilyen értelemben a szociális és egészségügyi hatóságok, a lakóközösségek elöljáróságai, a nagyüzemek vezetői és az egyházak felkarolják az önsegítő csoportokat és mindenben igyekeznek segíteni őket. Az önsegítő csoportokkal foglalkozó több száz szakember önálló identitással bír és munkakörét mint szakterületet definiálja.

Giessen és az itt működő, a Justus Liebig Egyetemhez tartozó nagy pszichoterápiás-pszichoszomatikus intézménykomplexus a német mozgalom egyik központja, emiatt eshetett a rendezés helyválasztása Giessenre. Itt működik Horst Eberhard Richter, aki a közösségi önsegítés vizsgálatának és fejlesztésének is egyik úttörője, és innen indult tanítványa, Hans Lucas Möller tevékenysége nyomán a modern értelemben vett német önsegítő csoportmozgalom. Most Jürgen Matzat pszichológus vezeti a giesseni munkákat. A kis egyetemi városban közel száz önsegítő csoport működik, kb. negyvenet ezek közül a turistáknak kiadott városi értesítő is tartalmaz, a közeli Frankfurtban pedig szinte össze sem lehet számlálni az önsegítő csoportokat. Egy frankfurti szociális gondozó pl. elmondta, hogy csak a szenvedélyes szerencsejátékosok számára alakult önsegítő csoportokba több mint 120 ember jár, a fogyni aka-

rók csoportjait át sem lehet tekinteni. Nemcsak a nagy résztvevőszám és csoportszám miatt nehéz a regisztrálás, e csoportok szüntelen mozgásban vannak, fejlődnek, leépülnek, tagjaik kicserélődnek, időnként egy csoportfajtából sok megszűnik, máskor gomba módra új csoportok növekednek.

Az idei évi konferencia lényegében két témáról szólt, melyek összefüggtek egymással. A fő téma az volt, hogy az önsegítő csoportok támogatása, segítése tekinthető sajátos hivatásnak, szakmának. A másik kérdés arra vonatkozott, hogy ezt az egészségügy és az orvoslás terén kialakuló önszervezés példáján kívánták megvizsgálni. Az önsegítő csoportoknak – erre már a WHO is rámutatott – az egészségügy területén van a legnagyobb jelentőségük, mert az idült betegségek és a súlyos egészségkárosodások elszívásában és élethelyezeti megoldásában más lehetőség alig van, az intézmények itt keveset tehetnek. Ritka és súlyos betegségek szenvedői, rákbetegek, mozgáskorlátozottak, súlyos és tehetetlen állapotban lévők hozzátartozói, drogbetegek és családjaik, alkoholisták stb. önsegítő csoportokban sokat tudnak nyújtani egymásnak, nemcsak aktivitásuk nő meg, hanem problémamegoldó képességük is fejlődik, jobban együttműködnek orvosokkal, pszichológusokkal is. Óriási jelentőségű az önsegítő csoportok által közvetített és fenntartott autonómiaérzés, a felelősség a bajban lévő társakért, a csoporthoz tartozás tudata, felfokozott tevékenységi kedv és sok más lélektani elem, ami a gyógyulás, ill. a rehabilitáció irányába hat.

Az önsegítő csoportok általában maguktól, a ténylegesen bajban lévőkől és szenvedőktől indulnak ki, ezért a német évi konferencia fő témája tulajdonképpen paradoxnak tetszhet: lehet-e vagy kell-e támogatni az önsegítő csoportokat, nem éppen az ilyen csoportok lényegét, az öntevékenységet és az autonómiatörekvéseket rontja, ha szakember kapcsolódik be. A konferencia erre a problémára választ talált, már az eddigi szakirodalomból is tudjuk, hogy az önsegítő csoportok 30-40%-át szakemberek hozzák létre, ajánlják, mint modellt a szenvedők részére. Ettől még a csoportok jól működhetnek, kivált, ha a szervezők, kezdeményezők gyorsan visszavonulnak, és csak a csoport krízisei esetén avatkoznak be, ha erre kérik őket. Sokszor a szakember maga is érintett vagy az volt a bajt okozó problémában, pl. neki is van beteg vagy fogyatékos hozzátartozója, maga is szenved valamilyen idült, gyógyíthatatlan betegségben stb. A konferencián megállapították, hogy a szakértelem olyan módon is gyakran jelen van az önsegítő csoportokban, hogy a spontán kezdeményezők maguk is tanultak pszichológiát vagy szociális gondoskodást, jártak terápiás vagy önismereti csoportokba. Dr. Ute Canaris, a kölni Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung volt igazgatója, jelenleg független

egészségpolitikai szakértő beszámolt arról, hogy az északnémet térben a prosztituáltak körében alakuló önszegítő csoportokban a tagok kb. 30%-a rendelkezett olyan előtanulmánnyal vagy professzionális múlttal, mely a csoportfolyamatokban ismeretekhez és tapasztalatokhoz segítette, és amely készséget az önszegítő csoport szervezésében és működtetésében jól lehetett hasznosítani. A társadalomban meglévő pszichológiai kultúra tehát komoly erő és olyan tényező az önszegítő csoportokban, amely a szakemberek elfogadását, beavatkozását megkönnyíti.

Még egy fontos szempontból hasznos, ill. kell a szakember, és ez már az évi konferencia és továbbképzés második kérdésfeltevését érintette, és tulajdonképpen e téren volt szükséges és célszerű a továbbképző aspektus. Ez pedig arra vonatkozik, hogy a szakember fontos szerepet játszhat a közvetítésben az önszegítő csoport és az orvosok, ill. az egészségügy más foglalkozási kategóriái között. Különösen az egészségügyi intézmények orvosvezetői, továbbá az adott krónikus betegséggel vagy egészségkárosodással foglalkozó szakemberek értenek nehezen szót az önszegítő csoportokkal. Ennek néha az oka, hogy az önszegítő csoportok éppen a medicinával és az egészségüggyel kapcsolatos bizalmatlanság és elégedetlenség talaján jönnek létre, és nagyon gyakran „ellenkulturálisak”, vagyis az orvosok által ajánlott gyógymódok és életvezetési szabályok helyett az alternatív medicina vagy a speciális életfilozófiák eljárásait karolják fel. Az orvosok nem tartják feladatuknak a törődést az önszegítő csoportok által felkarolt pszichoszociális problémákkal, és gyakran nem is tudnak arról, hogy ilyen csoport létezik, nem látják el a betegeket megfelelő tanácsokkal a csatlakozást illetően ilyen csoportokhoz. Számos területi központban ezért az önszegítő csoportoknak szervezési és tanácsadási segítséget nyújtó szakemberek felveszik a kapcsolatot az orvosi kamarákkal, az egészségügyi intézményekkel és a területen működő orvosokkal. A már említett szervező központokból (az ún. Informations und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppenekből, amelyeknek teljes és hivatalos nevének rövidítése NAKOS, a leggyakrabban említett megnevezés) indulnak ki ezek a kezdeményezések, több nagy sikerű találkozót szerveztek önszegítő csoportok aktivistái és orvosai között. Sok orvos ezeknek hatására szociális gondozói munkát is igénybe vesz a gyakorlatában, és küldi a betegeket a megfelelő önszegítő csoportba, ill. hívja ő segítségül a csoportot, ha a beteg túlzottan izolálódik, inaktív vagy depresszív lesz. Számos helyi orvosi kamara és egészségügyi biztosítóközpont még az önszegítő csoportok társadalombiztosítási költségátogatását is felvetette, abból kiindulva, hogy ezek értékben egészségmegőrző és rehabilitációs munkát végeznek. A konferencián ekörül heves vita ala-

kult ki, sok szakember a betegség szerep erősödését, az öntevékenység csökkenését, a csoport autonómiájának veszélyeztetését említi mint negatív tényezőt, továbbá a betegpénztárak ellenőrző befolyásától tartanak.

A konferencia megállapítása szerint az egészségügy és az önsegítő csoportok kapcsolatában nagy a szakemberek szerepe, de van közvetítési tér a hivatalok, hatóságok és a csoportok között is. Egy munkacsoport azt húzta alá, hogy a jövőben az önsegítő csoportok támogatásának még nagyobb jelentősége lesz, és még több orvosi, jogi, etikai, közigazgatási stb. ismeretre is lesz szükség ehhez, a korábban igényelt szociológiai és pszichológiai ismeretek és készségek mellett. A konferencia tehát hajlott arra, hogy az önsegítő csoportok támogatását külön specialitásnak tekintse a segítő foglalkozásokon belül, leginkább a szociális munka területén. Az egyes vita- és munkacsoportok nagyon érdekes tapasztalatokról, példákról számoltak be. Hallhattunk arról, hogy az ajak- és szápadhasadékban szenvedők és családtagjaik olyan csoportszervezetet tartanak fenn, amelyek nemcsak az egyes csoportokat fogják össze, hanem az ilyen betegek kezelése (pl. műtéti ellátása) terén ellenőrző funkciót is betöltenek. Magam az orvosok és az önsegítő csoportok közötti közvetítő munkát tárgyaló szekcióban vettem részt, amit a berlini Wolfgang Thiel és az oldenburgi Monika Klumpe vezetett, itt nagyon sok izgalmas szervezési fejleményről és tapasztalatról kaptunk képet.

A konferencia és a továbbképzés figyelemmel akart lenni az önsegítő csoportok és a társadalmi változások összefüggésére is, ezért 11 szakembert meghívtak az NDK-ból is, és speciális szimpóziumot szerveztek az önsegítő csoportok helyzetéről és fejlődéséről a volt szocialista társadalmi feltételek között. Ennek az érdeklődésnek jegyében kaptam én is meghívást, számos német kollégával együttműködve a WHO keretében, továbbá német önsegítési vizsgálatokban és kezdeményezésekben ismerték munkámat e téren, és a konferencia nyitóelőadására kértek fel, amelyben az önsegítő csoportmozgalom és a társadalmi változás problémáját általában, és a magyar önsegítő csoportfejlődés folyamatát speciálisan kellett összefoglalnom. Az egyórás előadást még külön konzultációs ülés is követte, amelyben a kb. 250 résztvevő jelentős része is jelen volt (noha ez fakultatíve, műsoron kívül szerveződött), köztük valamennyi szakember, aki a NDK-ból jött.

A konferencia munkája igen intenzív volt, nagyon sok információs anyag cserélt gazdát (több hazai önsegítő csoportosulás számára sikerült jelentős mennyiségű és nagyon jó minőségű információs anyagot hazahoznom és hazaküldetni), és nagyon érdekes viták is voltak. Nagyon izgalmas volt pl. az önsegítő csoportok fogalmi definíciójának vitája, amely korántsem elméleti

47. Az önszegítő csoportok támogatása mint hivatás?

(pl. ha a megbiztosító pénztárak tényleg fizetnek e csoportoknak, akkor a meghatározás lényegessé válik). Ebből ugyanis kiderült, hogy a politikai pressziócsoporthoz felé is nyitott a határ (az angolszász terminológia a „mutual aid” csoportok fogalmával e határterületre utal), de nehéz az elhatárolás a betegek számára fenntartott csoportos sportlehetőségek és klubok, szabadidő-elöltő központok, továbbá a testépítészeti és testszépítészeti csoportosulások felé is. Számomra komoly lehetőség volt, hogy önszegítés és pszichoterápia címen előadást és szemináriumot tarthattam a nagy (sokak szerint a világ egyik legnagyobb, kb. 100 szakembert foglalkoztató) giesseni pszichoanalitikus intézetben. Ennek alkalmával találkozhattam Richterrel, aki azután a konferencián is tartott bevezetőt és ottani előadásom vitavezetője is volt. A pszichoanalitikus intézetben a pszichoterapeuta szemszögéből felvetődő szakmai kérdések megválaszolására nyílt mód.

A konferencia sok tanulsággal járt számomra, és azt hiszem, hogy részvétellel számos kapcsolatot és segítséget lehet kialakítani hazai csoportok számára nemcsak a nyugatnémet, hanem a régi NDK területén működő önszegítő csoportokkal és szakemberekkel. Hálával tartozom azért, hogy a költségeim elvállalásával a német szakemberek szervezete meghívott, különösen hálával tartozom Jürgen Matzatnak, aki a meghívást intézte, kézben tartotta, továbbá Klaus Balkenak (Berlin), valamint Horst Eberhard Richternek, akik giesseni programomban sokat segítettek.

48. Önsegítő csoportok támogatása Európában

A Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge és a Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (pontosabban ennek Berlinben székelő Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen nevű intézménye, amelyet csak NAKOS-nak szoktak rövidíteni) szűk körű szakértői értekezletet hívott össze annak érdekében, hogy kidolgozzák az önsegítő csoportok támogatásának jövőbeli stratégiáit, különös tekintettel két körülményre, az 1992-ben bekövetkező nyugat-európai integrációra és a közép-kelet-európai országok várható felzárkózására az egyesülő Európához. Az értekezletet a WHO szakértői találkozások mintájára szervezték, 19 résztvevővel, amelyet nyolc európai országból, továbbá Japánból, Kanadából, az Egyesült Államokból és Izraelből hívtak meg. Ez utóbbi meghívottak (minden országból egy-egy ember) egyrészt az önsegítő csoportmozgalom nemzetközileg ismert szakemberei, másrészt azt a szervezői gondolatot testesítette meg, hogy az európai fejleményeket világszempontból kell szemlélni, ilyenfajta probléma nem csupán európai ügy, ehhez igénybe kell venni Európán kívüli országok tapasztalatait is. A résztvevők tízoldalas, ún. background papert küldtek be, ezek, a felkért előadások és a munkacsoportokban a helyszínen kidolgozott álláspontok könyvben fognak megjelenni. A megbeszéléseken képviseltette magát az International Council on Social Welfare is, továbbá a Paritätische Wohlfahrtsverband, amely a szociális munka és szociális gondoskodás egyik összefogó német szervezete.

Az angol nyelvű értekezlet tehát erősen feladatorientált volt, keményen dolgoztunk. A meghívottak nem országokat, hanem szakismeretet, ill. speciális tapasztalatokat képviseltek. A nyitó előadás megtisztelő feladatát kaptam, ennek tárgya az önsegítés helyzete volt az egykori szocialista országokban és ennek várható szerepe a társadalmi átalakulásban. Egy másik nyitó előadást a WHO Leuvenben működő International Information Centre on Self-Help and Health elnevezésű intézményének egyik vezetője, Peter Gielen tartotta, ő áttekintette az európai helyzetet az önsegítés terén. Önálló előadással már csak hárman szerepeltek, külön előadások mutatták be a kanadai és izraeli véleményt és javaslatokat az európai helyzetről (Rubin Todres, Toronto, és Martha Ramón, Tel Aviv), és Judy Wilson (Nottingham) vázolta fel jövőre vonatkozó elképzeléseit. Egyébként csak három munkacsoport párhuzamos

munkája, témakidolgozása töltötte ki a rendezvényt (amely természetesen érdekes szociális programokkal is tarkított volt, fogadott bennünket a frankfurti főpolgármester és megnézhettük a frankfurti önsegítő csoportközpontot). A találkozóra nagyon sok kiadványt és információs anyagot is hoztak, amelyekből mindenkinek bőven jutott érdekes könyv, folyóirat, információs füzet.

Az értekezleten kitűnt, hogy a világon általában, de különösen Nyugat-Európában tovább tart az önsegítő csoportok terjedése. Franciaországban évi 60 ezerre teszik az új önsegítő csoportok számát, Németországban 40-50 ezer folyamatosan működő csoportról tudnak és már ezer felett van az egykori NDK-területen működő csoportok száma. Igaz, Németországban a nyugati területeken 125, a keleti területeken 15 központ, ún. Kontakt- und Informationsstelle segíti a csoportokat és igyekszik szervező munkát kifejtetni a csoportok kialakulása, fennmaradása és zavartalan munkája érdekében. Számos más nyugat-európai országban is több ilyen központ működik. Kitűnt, hogy az önsegítő csoportok spontán szaporodása nem gyors, viszont az önsegítés eszméje annyira elevenné vált a köztudatban, hogy nagyon sok az egyéni érdeklődés, különböző szakemberek is mind gyakrabban ajánlják a krónikus életproblémákban szenvedőknek, hogy kapcsolódjanak önsegítő csoportokhoz. Így nagyon hatékonyan tudnak működni a szervező központok, ahová bárki fordulhat, állandó telefonügyeletet tartanak fenn, és nagyon sok kész információs anyagot tudnak azonnal küldeni (pl. arra vonatkozóan, hogyan kell létrehozni önsegítő csoportot, mire kell ügyelni, mit kell tenni a különböző zavarok és nehézségek esetén stb.), és szükség esetén anyagi támogatásban is tudják részesíteni a csoportot az induláshoz. A központok sok csoportnak helyet is tudnak adni, így pl. a frankfurti központban, amelyben a pincétől a padlásig minden szoba foglalt, mert az épület a szegény és problémákkal terhelt Ostend nagy lakótelepén belül közösségi házként is működik. Látogatásunk alatt is folyt több csoport találkozója (a csoportok névleges bért – havi négy alkalomért 20 DM-et – fizetnek a helyiséghasználatért). Az önsegítő csoportok egyértelműen pozitív és hasznos jelenségek az egészségügy és a szociálpolitika terén. Míg korábban főleg a rokkantak, hátrányos vagy diszkriminált helyzetűek (ill. ezek hozzátartozói), vagy az idült, gyógyíthatatlan betegek (és hozzátartozói) alakítottak csoportokat, most egyre terjednek a munkanélküliek, lakással nem rendelkezők, eladósodottak, börtönből jöttek önsegítő csoportjai, különböző életkorú és problémájú nők önsegítő csoportjai (ezek között az özvegyektől a fiatal anyákig, a különböző foglalkozásokban problémákkal szembenéző nőig mindenféle változat megtalálható), legújabbban gomba módra terjednek a Norwood-csoportok. Ezen érzelmileg túlságosan lekötő-

dött nők találkoznak, akik magukat „beziehungssüchtigek” nevezik és ettől akarnak megszabadulni. Ilyen csoportok előbb angolszász országokban alakultak, Robin Norwood 1986-ban megjelent bestsellere: *Women Who Love Too Much* címen (németül a könyv címe: *Wenn Frauen zu sehr lieben. Die heimliche Sucht, gebraucht zu werden*) hatására. Érdekes az emotion-csoportok megjelenése, itt mindenféle érzelmi probléma, gyakorlatilag a neurózis az összehozó közös probléma, de vannak külön szorongás, pánik és fóbiás csoportok. Még egyelőre főleg Amerikában szaporodnak a mániás-depresszív és a depresszív betegek önsegítő csoportjai. Terjednek a Tranx-csoportok, ezek trankvillánsokhoz, elsősorban benzodiazepin készítményekhez szokott emberek leszokási erőfeszítéseit támogatják. A német nyelvű országokban százával, a kisebb európai országokban tucatjával sorolhatók fel a különböző csoporttípusok. Amerikában egész ritka problémákban is megtalálják egymást az érintettek, így pl. a különböző self-help directorykban, amelyeket láthattunk. Feltűnt, hogy van önsegítő csoportja az idiopátiás benignus blefarospazmusban szenvedőknek, az aszfixiás önkielégítésnek hódoló férfiaknak (ezt többnyire önakasztással érik el, a procedúrának elég gyakori vége a halálos baleset, az akaratlan teljes stranguláció), a Wilson-kórosoknak stb. Nagyon gyakran azonos nemzetiség vagy vallás is csoportképző kritérium. Így pl. megtudtam, hogy Amerikában van libanoni származású leszbikus, mániás-depressziós betegségben szenvedő nőknek is csoportja, számos nemzetiségi nőcsoport tömöríti a puerperális depresszió vagy pszichózison átesetteket ugyanúgy, mint ikrek anyáit vagy szülőit stb.

Az elképesztően változatos célú és szervezetű csoportok mindegyike sokat segít a szorongatott élethelyzet elviselésében, aktivizálja az embereket, önállóvá teszi őket, visszaadja tartásukat és kezdeményezőképességüket. Számos kutatás folyt és folyik az önsegítő csoportokkal, amelyek egyértelműen azt mutatják, hogy ezek a csoportok hatékonyak, igen gyorsan befogadják az új tagokat, sokszor igen ötletesen segítenek is, nem csak érzelmileg és kapcsolatokon át, hanem tanácsokkal és szolgáltatásszervezéssel is. A gyakoribb krónikus betegségekben, egészségkárosodásokban szenvedők csoportjai nagy, gyakran országos méretű szervezeteket is fenntartanak, amelyek akár politikai erőt is képviselnek, pl. „lobbizoni” tudnak vagy politikai „pressure group”-ként hatnak az érintettek érdekében. Általában az önsegítő csoportok aktív lakóhelyi közösségükben, közösségformáló erők, ezért több európai országban a politika is felfigyelt rájuk, nemcsak az egészségügy és a szociális gondoskodás, amely a WHO-n, az említett International Council on Social Wel-

fare és más szervezeteken keresztül már kb. egy évtizede programon tartja az ilyen csoportok fejlesztését.

A jó effektusok egyre több gyógyító és segítő szakembert, így orvost is meggyőznek az önsegítő csoportok hasznáról, és sok jó példája van az illetékes szakember vagy a szociálpolitika terén a hatóság alkalmazott jó együttműködésének. A gyógyító szakember egy része szkeptikus, ill. néha ellenséges, emögött néha az ilyen csoportokban előforduló etikai dilemmák és lelki traumák sokféle lehetősége rejlik. Mindezek azonban aránylag könnyen megoldódnak. Részben a szervező központok szakemberei (szociális munkások, szociológusok, pszichológusok – az önsegítő csoporttámogatás ma külön szubspecialitássá válik) szívesen segítenek, de a különös az, hogy maguk a betegek, problémás emberek is igen éretten, megfontoltan képesek a megoldásokra. Tulajdonképpen az önsegítő csoportmozgalomban az a csoda – amin ez a szakértői megbeszélés is eltűnődött –, hogy az egészségügy felől nézve az emberek mennyire ki tudnak jutni a regresszióból és a depresszív önfeladásból, mennyire képesek aktiválódni, politikailag pedig mennyire demokratikus, felelős és karitatív magatartásminták kerekednek felül, a sokat szenvedő, bajban lévő emberek nem akarják kihasználni, kizsákmányolni egymást.

A szakértői értekezlet konklúziója is az volt, hogy az önsegítő csoportok nélkül az egészségügyi ellátás hatékonysága sem növelhető és a szociális gondoskodás sem tud fejlődni. A szolgáltatásoknak össze kell fonódniuk az önsegítő kezdeményezésekkel. Így az önsegítő csoportok szervezett támogatása a jövő Európájának is érdeke, és ezt egészség és szociálpolitikai síkon képviselni kell. Nem könnyű ez, hiszen mindenütt finanszírozási gondok vannak. Az önsegítő csoportok nem intézményesedtek eléggé, a szervező központok csak kevés állami pénz felett rendelkeznek, a közösségek erőforrásai nem mindig elegendők és a különböző pályázatokból, programokból összeszedett pénzek nem folyamatosak, ezért a működés kontinuitása gondot okoz. A szakértői értekezlet terveket dolgozott ki arra nézve, hogy milyen európai szervezetek segítségét hogyan kellene megpróbálni megnyerni, milyen ajánlásokat kell adni országos vagy tartományi egészségügyi és szociálpolitikai hatóságok számára, hogyan kell a közösségek támogatását mozgósítani stb. Kitűnt, hogy világszerte az önsegítő csoportok fejlesztésével foglalkozó aktívák és szakemberek lelkes munkája a fő erő, ez nagyon gyakran önkéntes. Aki önsegítő csoportokkal foglalkozik, hatalmába keríti e csoportok érdekes működése, sodrása.

A találkozó nagyon sikeres volt, remélhetően hamar megszületik belőle a könyv, amely az eredményeket szélesebb körben is ismertté teszi és közrejátszik abban, hogy az ajánlások eljussanak magasabb európai politikai és irá-

nyítási körökbe is. A siker a szervezők érdeme, az önsegítő csoporttámogató szervezetek részéről Jürgen Matzaté és Klaus Balkeé, a Deutscher Verein részéről Jutta Braun von der Brelieé. A sikeres munka nem kis részben a Deutscher Verein kiváló háttéradottságainak köszönhető. A 12 emeletes épület Frankfurt szélén van, nem messze a Nordwest központtól, innen már szántóföldek és a környező hegyek látszanak. Az intézet azonban kiváló konferenciatermekkel rendelkezik, kb. 80-100 szobában tud elhelyezni vendégeket, és párhuzamosan folyó kurzusokban (évi 130-150 kurzusban) több mint 2500 szociális munkás és szociálpolitikai alkalmazott nyerhet igen színvonalas továbbképzést. Ezt az intézet saját könyvkiadója is biztosítja, amelynek aktivitása kb. egy hajdani nagyobb magyar kiadó (nagyobb, mint a volt Medicina) „output”-jának felel meg. A továbbképzésekért a küldő intézmények önköltségi árat fizetnek, ami a német árakhoz képest nagyon alacsony. Az 1971 óta működő intézetnek nagy szerepe van a német szociális munka magas színvonalában, ezt a mi értekezletünkkel egyidejűleg zajló három továbbképzés résztvevőivel beszélgetve is megállapíthattam.

Említést érdemel talán, hogy az egykori szocialista országok helyzete és várható fejlődése igen nagy érdeklődés tárgya volt az összegyűlt szakemberek között. Általános volt a vélemény, hogy az önsegítés terjedése és fejlődése a demokratizálódás, a közösségi újjáéledés és a szociális gondoskodás kibontakozását nagyon előreviheti. A magam részéről csak a jelenlegi helyzetet és annak politológiai, ill. szociokulturális hátterét tudtam felvázolni, az öntevékenység szisztematikus korlátozását, a paternalizmust, a professzionális kontrolligényeket, a regressziót elősegítő erőket a régi társadalomszerveződésben és szabályozásban, a minták és szervezeti struktúrák makacs továbbélését a proklamált reformigények, átalakítási törekvések mellett stb. Így lényegében magam képviseltem egyedül társaslélektani, szociológiai, politológiai szempontokat, a többiek inkább pragmatikusak, ill. saját társadalmi szférájukban politikaértelmezők voltak, ez hasznos ellenpólusnak bizonyult. Így talán az értekezlethez az átlagosnál jobban hozzá tudtam járulni, ugyanakkor nagyon sok új információt szerezhettem. Ezért nagyon hálás vagyok a rendezőknek, hogy mneghívtak, vendégül láttak és ígéretük szerint különböző más nemzetközi fórumokon is szakértőként tartatnak majd számon.

49. Az önsegítés és a szakemberek

Németországban a hetvenes évek végétől állami, intézményes irányítással folyik az önsegítő csoportok szerveződésének és működésének koordinálása és ebben számos szakember és aktivista főfoglalkozásban vesz részt. Napjainkra több mint 200 olyan szakember alkot munkaközösséget, akinek az önsegítő csoportok támogatása a feladata. Többségük pszichológus és szociális munkás (de vannak köztük más diplomások, akik mintegy pályamódosítást hajtottak végre, így az egyik szerkesztő is eredetileg földrajz szakot végzett és a giesseni pszichiátriai klinikán a katonai szolgálat helyett teljesített munkája során került kapcsolatba az önsegítő csoportokkal és ennek nyomán vállalt később munkát a megalakuló berlini NAKOS-ban (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) és lett a kérdés ismert szakértője. Lényegében erről az új professzionizálódásról, ennek tevékenységéről és problémáiról szól ez a kötet, amelyben a legismertebb német segítésszakemberek írtak fejezeteket.

A 18 fejezetből az önsegítést támogató szakmai munka minden vonatkozása megismerhető. A szerkesztők lényegében arra törekedtek, hogy ezt a sajátos feladatkört határozzák meg és próbálják rendszerezni. Újfajta szakértő–kliens kapcsolatra van ugyanis szükség e területen, sajátos etikai vetületek jelentkeznek, sajátos a kommunikáció, el kell kerülni a kliensek kötődését, önállóvá kell őket tenni, felelős partnerként kezelni, a segítséget a lehető legkonkrétabb és közvetlenebb formában nyújtani. Sokféle önsegítő csoport különleges problémákat vet fel, amelyekre egyéni megoldások kellenek és sokféle szintje és módzata van a támogatásnak is. A kötet mindezeket igen színesen mutatja be, nemcsak elméleteket közöl, hanem bőven idéz a német tapasztalatokból, sok benne az esetleírás, a legtöbb fejezet ügyesen párosítja az objektív információközlést és a szinte tudományos elemzést a szubjektív hangnemmel és az élményközeli fogalmazásmóddal.

Mivel az utóbbi években az önsegítő csoportokról magyar nyelven is sok írás született, a kérdés iránt érdeklődők számára pedig már nálunk is hozzáférhetők a főbb idegen nyelvű szakkönyvek, a kötetről nem látszik érdemesnek szisztematikus ismertetést adni, inkább azt célszerű kiemelni, ami a kötetben új, érdekes, vagy nálunk különösen aktuális. Ezek – megítélésem szerint – a következők:

1. Inkább hazai időszerűség, amit a szerkesztők hangsúlyoznak: önségítő csoportok támogatásában szinte hátrányt jelent a pszichoterápiás képzettség (köztük a csoportpszichoterápiás képzettség is), főleg ezért szorul a munka állandóan szupervízióra, ezért fontos a szakemberek szervezett együttműködése, konzultációja.

2. Nagy veszély a professzionalizálódás, abban az értelemben, hogy az önségítő aktivisták – részben az őket támogatók mintáját követve – maguk is szakemberek próbálnak lenni, továbbtanulnak, elhagyják eredeti szakmájukat. Bár ez néha lehet jó és természetes tendencia, legtöbbször kompenzációs motivációk dolgoznak, érvényesül az ún. „Helfer-szindróma” (a segítségben való túlzott involváció öngyógyítás vagy különböző kapcsolati játszmák érdekében), a „burnout” (kiégés”) veszélyével, a személyes hatékonyság jelentős ingadozásaival. Legtöbbször kár, hogy a maga önségítési területén fermentumként működő ember lényegében elvesz az ügy számára (ugyanakkor hosszabb távon ő is általában Csalódott lesz).

3. A csoportokkal való foglalkozásban a kapcsolat központi jelentőségű, nemcsak a szükséges kötődés és elfogadás, ill. a függetlenítés, önállósítás közötti szűk ösvény megtalálásának nehézsége miatt (Thiel, a másik, ill. Josef Schmitz egy fejezete szerint az önségítő csoportok támogatójának fő feladata, hogy önmagát mielőbb feleslegessé tegye a csoport számára...), hanem a mégis mindig jelen lévő indulat, ill. viszontindulatáttétel miatt is. Ez utóbbi kérdés ismételen előkerül, nem csupán Michael Lucas Möller, a német önségítő csoportmozgalom egyik úttörője szentelt ennek külön fejezetet. A pszichoanalitikus paradigma Németországban befolyásos módon van jelen az önségítésben, egyrészt azért, mert a mozgalom bölcsője Giessen volt, az ottani pszichoanalitikus iskola (Horst Eberhard Richter már a hatvanas években foglalkozott önségítés szervezésével, az ő tanítványa volt Möller is, valamint a kötetben érdekes fejezettel szereplő Jürgen Matzat), másrészt pedig az önségítést támogató szakemberek többsége is analitikus képzettségű (Angliában az önségítés egyértelműen laikus mozgalom, Amerikában a segítők, akiknek száma relatíve kisebb, mint Németországban, szociálpszichológusok, szociológusok, szociális munkások és inkább a viselkedéseméleti modellben gondolkodnak).

4. Az önségítés támogatásának fontos része az infrastrukturális (szervező, felvilágosító, adminisztratív és jogi tanácsadó), valamint a „lobbizó” és PR munka (kivált a hatóságok, intézmények, különböző professzionális rétegek felé), és csak ezek után következik a tulajdonképpeni ösztönző, quasi „szak-

mai” támogatás. A legtöbb támogató, ha pszichoterápiásan képzett, az infrastrukturális és PR munkát becsüli le.

5. A speciális támogatási feladatok között a kötet számos érdekes területet mutat be, így pl. a vidéki, falusi körülmények között végzett önsegítés-szervezés és támogatás problémáit (az önsegítés világszerte elsősorban városi jelenség, miközben a vidéken élőknek is nagy szükségük lenne rá), a terápiára vagy szakszerű ellátásra is szorulóknak ún. semi-önsegítő csoportjait (bulimiások, dialízis-páciensek és krónikus vesebetegek ilyen „fél-önsegítő” csoportjairól szólnak fejezetek), özvegyek csoportját (Helga Käsler fejezete erről az egyik legérdekesebb írás a kötetben) stb. Speciális az önsegítés a nagyon szegények, a hajléktalanok és a szegény munkanélküliek körében.

6. Speciális csoportszervezési módszerek is alakultak ki, ilyen – német és osztrák – eljárásokról is sok szó van, valamint a hasonló önsegítő csoportok időszakos összehozásáról, tapasztalatcseréjéről (“Gesamttreffen”), amelyek a csoportok belterjességét, lebomlás: tendenciáját csökkentik, ill. külső kapcsolati hálóját fejlesztik.

7. Új elméleti keretek is kialakulnak, így pl. a pszichoszociális reintegráció és rehabilitáció területén kialakult „empowerment” (nyers fordításban: hatalommal való felruházás, vagyis a saját erők és kezdeményezési készségek aktiválása) elmélet különösen alkalmas az önsegítés támogatásának konceptuális értelmezésére.

8. Végül pedig igen fontos az önsegítés területi (regionális, közösségi, ágazati stb.) integrálása a megfelelő speciális ellátási rendszerekbe (egészségügy, szociálpolitika, egyház stb.), ez az önsegítés támogatásának egyik speciális feladata (Matzat). Ehhez elengedhetetlen, hogy az önsegítés az adott területen pezsgő, dinamikus mozgásban lévő munka legyen, hiszen így lehet megvalósítani a kapcsolódás fő feladatait és így tud az önsegítés a hivatásos segítség, ellátás fejlesztési fermentumává is válni (Thomas Olk).

A jól szerkesztett, olvasmányos, ugyanakkor gondolatilag igen tartalmas (pl. az önsegítés tudományos irodalmát is felhasználó és bemutató) kötet sokféle tanulságát távolról sem merítettük ki, csak a legfontosabbak említésére van mód. Talán nem is kell hangsúlyozni, hogy a könyv mindenkinek ajánlható, aki önsegítő csoportokkal foglalkozik, vagy irántuk érdeklődik. De nemcsak nekik lehet ösztönző olvasmány, a pszichiátriai rehabilitáció, sőt, a csoportos, ill. rendszerjellelű pszichoterápia művelői számára is lehet reveláció, ha ezekről az emberi problémákról és önsegítő megoldási kísérleteiről quasi a társadalom és a „fogyasztó” oldaláról is kapnak tájékoztatást.

V. ALKOHOL ÉS DROGOK

50. Orvosi és szociális krízisintervenció az akut ellátásban a hatékony másodlagos és harmadlagos alkoholprevenció érdekében is

A heveny betegség voltaképpen mindig biológiai és pszichoszociális krízishelyzet, hiszen a meglévő egyensúlyokat veszélyezteti, szorongást és félelmet kelt, lelkiileg nehezen feldolgozható. A testi betegségek esetében azonban a medicina rendszere is, de a társadalmi közfelfogás is számos sémát kínál a krízis megoldására vagy elviselésére. E sémák gyakran túl jók, amennyiben lehetővé teszik, hogy az akut tünetek elmúlása után a beteg kitérjen az egészség helyreállításának további feladatai elől.

Az alkohol okozta krízishelyzetekben részben az ilyen sémák okoznak gondot, részben pedig az, hogy a társadalom nem „medikalizálja” megfelelően ezeket a szituációkat, vagy a „kriminalizáció” és társadalmi retorzió sablonjai érvényesülnek, vagy pedig a rosszul értelmezett liberalizmuséi és toleranciái. Az egészségügyi szövődmények ugyanis tünetileg gyorsan javulnak, és így a detoxikáció vagy a megfelelő gyógyszerelés után a beteg quasi „gyógyultan” távozik, vagy hagyják kialudni a részegyet, igyekeznek nem észrevenni az otthoni részeg konfliktust, ill. a társadalom valamilyen látványos gesztussal „lereagálja magát” (pl. elvonják valakinek a jogosítványát, behajtják a mentőszállítás költségeit stb.).

Kb. az utóbbi évtizedre érett meg a felismerés, hogy az orvosi és szociális krízishelyzetek rejtik szinte egyedül magukban a korai alkoholbeteg-kezelés motiválásának lehetőségét, ezért igen lényeges e helyzetek megfelelő felhasználása. A szakirodalom ma optimistább a krónikus alkoholbetegek kezelésének hatékonyságával kapcsolatban, mint volt a hetvenes években. Bebizonyosodott ugyanis, hogy a megfelelően hatékony és intenzív, kellő ideig tartó kezelési módszerek kombinációja jelentős eredmények eléréséhez segíthet, de a hatékonyság még mindig nem kielégítő, és főleg a kezelés költségessége, költséghaszon rációja nagyon rossz. Ezzel szemben a korai kezelésbevitel hatásfoka igen jó, és láthatóan javítható. A korai kezelésbevitellel másodlagos és harmadlagos prevenció valósul meg, és ennek nagy az elsődleges preven-

ció szempontjából is a jelentősége, mivel így a mértéktelen ivás, ill. az ivás eleni beállítódás erősödik a társadalomban.

Felismerték annak jelentőségét is, hogy társadalmi méretekben nem az alkoholizmus súlya a legnagyobb, hanem az alkoholistának nem mondható „ártalmasan”, ill. kockázatosan ivók tömege, a mindennapi alkoholfogyasztás – statisztikailag nagy számokat kiadó – szövődménytömege. Ez az ún. Kreitman-féle prevenció paradoxon tényezője, amely szerint az alkoholizmus kivonása a társadalomból még mindig meghagyna egy, az alkoholbetegekkel kapcsolatos problémák összsúlyánál sokkal nagyobb súlyú alkohol okozta problémahalmazt, amelyben nagyon komoly rész az egészségkárosodásoké. A prevenció paradoxon elvében rejlő szemlélet azonban a mentálhigiéné, ill. az elmeegészségügy szempontjából is nézi a helyzetet, és számításba veszi az emberi konfliktusok, szociális károk, családokra és hozzátartozókra visszahulló gondok, a rendőrségre, igazságügyre és büntetésvégrehajtásra nehezedő terhek súlyát és következményeit is. Főleg elszenvedett és okozott balesetek, a családi klíma zavarai, ill. speciális botrányokkal kapcsolatos eljárási költségek tartoznak ide, és ezek vagy közvetetten, a társadalmi ráfordítások révén, vagy közvetlenül érintik az egészségügyet is.

Ennek nyomán alakult ki olyan törekvés, hogy minden egészségügyi és szociális krízisalkalmat ki kell használni arra, hogy a veszélyes módon ivó vagy problémásan ivó embert szembesítsék viselkedésével és annak következményeivel, és rávegyék, hogy helyzetének súlyát megértse és részt vegyen az alkoholhoz való hibás vagy kóros viszonyulás, ill. a mögötte rejlő pszichológiai és pszichoszociális gondok megoldásában. E ma már nemzetközi törekvés kezdete a hatvanas évekre nyúlik vissza, amikor – elsősorban Amerikában – létrehozták a munkahelyi bázisú alkoholkezelés rendszerét. Itt a munkahelyi teljesítményromlás és viselkedészavar tényezőit használták fel arra, hogy a konfrontáció révén (gondosan előkészített és szabályozott keretek között) szociális krízisszituációt alakítsanak ki, és ezt nemcsak a megoldás kidolgozott útjának megnyitásával, hanem különböző ösztönzőkkel is arra használják fel, hogy az illetőt az italról leszoktassák vagy az ivás feletti kontrollra tanítsák meg. A munkahelyi bázisú alkoholkezelések 70-80%-os közvetlen, és 50% feletti távlati eredményessége már akkor feltűnést keltett. A munkahelyi bázisú kezelés Nyugat-Európában is elterjedt, de a nyolcvanas évekre nyilvánvalóvá vált, hogy a problémás, ill. kockázatos ivásnak csak egy része kezelhető így meg, az emberek képesek a munkahelyen disszimulálni és alkalmazkodni, ill. a dolgozók nagyobb hányada nem nagyüzemekben vagy hiva-

talokban dolgozik, ahol a szisztéma gazdaságosan üzemelhető, vagy pedig egyáltalán sehol sem dolgozik, mert idős, rokkant, marginális helyzetű stb.

Ezért a hangsúly áttevődött a közösségekre, és ugyan sok sikert is elértek a közösségek mozgósításával az egyházak, a helyi államigazgatási szervek, tömegtájékoztató eszközök és önszervező erők révén, de látható, hogy a közösségek nagyobb része túl nehézkes vagy éppen dezorganizált ahhoz, hogy hatékonyan és kiterjedten tudjon fellépni az alkoholproblémák ellen olyan fázisban, amikor még a krízisek elfojtható méretűek vagy az említett módokon lehet túljutni rajtuk.

Így – az üzemi és a közösségi megközelítés mellett – az egészségügy és a szociálpolitika szerepe emelkedik ma ki, a jól integrált rétegek elsősorban az egészségügyhöz kerülnek a korai problémákkal, a marginalizálódó vagy lezúlló rétegek pedig a szociális gondozással kerülnek kapcsolatba. Mindkét területben kialakultak ajánlható módszerek arra, hogy a kríziseket új mederbe tereljék, gyakran nem szabad hagyni, hogy elfedjék vagy elkenjék ezeket, és lényegében pszicho- és szocioterápiás módszerekkel ki kell alakítani a változást, ill. ha szükséges, a kezelési szándékot és együttműködést. Lényegében terápiás krízisgenerálás és pszichoszociális krízisintervenció történik ilyenkor, az egyéni foglalkozás mellett mindig fontos a család vagy a mérvadó hozzátartozó bevonása. A munkahelyi bázisú kezelés nagy tanulsága itt is érvényes: a siker titka a megfelelő kríziskezelő, ill. krízisgeneráló közelítés és a quasi terápia közelsége, optimálisan szoros összeszövődöttsége. Elvileg ez a kapcsolat az orvosi krízisintervencióban jelen lenne, hiszen a konziliumok és a továbbutalások természetes hagyománya itt könnyebbé teheti a beteg megfelelő kezelésbe juttatását (teheti, de pl. nálunk ez nem könnyű feladat, hiszen kevés a korszerű terápiás rezsimit nyújtó osztály, ambulanciáról nem is beszélve). A szociálpolitikából ez a kapcsolat még Nyugaton is hiányzik, most kezd szerveződni.

A WHO és különböző alkoholológiai intézmények az egyes orvosi szakmák és ellátási formák számára a korai felismerés részletes támpontlistáit dolgozták ki, a továbbképzés pedig pszichés érzékenységet, empátiás készséget tanít, továbbá a terápiás kríziskezelés és krízisgenerálás alapszereit. Az így feltárt problémák további kézbevitelére a közelben működő krízisteam szolgálna, amelyben már alkoholológus szakember (orvos, pszichiáter, pszichológus) működik együtt szociális munkással, pszichotechnikussal, ápolónővel stb. Itt válik már fontossá a család bevonása, ill. a kilépés lehetősége az egészségügyi kontextusból a beteg környezetébe, és itt lehet esetleg kapcsolódni a munkahely és a közösség segítő hálózataihoz.

Az ilyen alkoholológiai teamek működtetése nem drága, az Egyesült Királyságban már működő krízisellátó teamekhez hasonlóan lehet ezeket szervezni és alkalmazni. A fő nehézség az, hogy a nyugati országokban is csak az utóbbi években kezd az országos és a helyi egészségügyi irányítás segítően viszonyulni a problémához, általában az alkoholkezelésnek nem tulajdonítanak fontosságot. Lassan terjed a közegészségügyi, ill. az egészségügyi-közgazdaságtani gondolkodás, és az egészségügyből általában is hiányzik a prevenció szemlélet és érdekeltség. Ez még inkább hiányzik a szociálpolitikából, amely a többszörösen hátrányos helyzetű, marginális vagy deviáns rétegekben még a legfejlettebb nyugati országokban is csak mozzanatos, rövid távú és nem rendszeres és távlati, csak a szakemberek hangsúlyozzák, hogy még az ott-hontalanság, a munkanélküliség vagy perem helyzetű lét egyes krízisei is igénybe vehetők ivás kezelésére, amely ezekben a rétegekben különösen destruktív hatású. A szociálpolitikában is érvényes az érdekeken át történő motivációnövelés elve, bizonyos juttatások párhuzamba állíthatók vagy kapcsolhatók együttműködéssel. A tapasztalat azonban az, hogy anonim, ill. „drop in” körülmények között is ugyanazok a kommunikációs-pszichoterápiás módszerek (csak rövid említésként: empátiás megértés, feltétel nélküli elfogadás, non-posszesszív, hiteles kapcsolatalakítás, ventiláció és katarzis, az ivással kapcsolatos lelki összefüggések feltárása, a változással szembeni ellenállás megértése és átdolgozása, kognitív és behaviorális megoldó, ill. problémakezelő minták tanítása, depressziókezelés, pár- és családterápia, reframing stb.) használhatók, mint az egészségügy keretében, csak itt természetesen hiányzik az egészségügyi segítő szerepek mágikus erőtere, itt jobban „meg kell dolgozni” a kapcsolatokért.

Számos adat és megfontolás mutat arra, hogy az egészségügyi és szociális krízisek felhasználásával történő korai kezelésbevitelnek nagyobb szükséglete, de több lehetősége is lenne nálunk, mint átlagos polgári demokráciákban, iparilag fejlett országokban. A szükséglet evidens, ha a per capita fogyasztásra, a manifeszt betegek, és különösen az indikatív szövegmények nagy gyakoriságára gondolunk, vagy arra, hogy a kialakulatlan alkoholológiai hálózat és a pszichiátria ambivalens viszonyulása miatt az alkoholbetegek kezelése nálunk rosszabb, mint sok más, velünk összemérhető országban (pl. Lengyelországban, hogy már pl. Görögországot ne említsük, de az egykor szegény Portugália már messze megelőzött bennünket). A lehetőséget a kultúra kommunikációs nyíltsága, az állami egészségügy még meglévő és valahogy funkcionáló hálózatisága és hozzáférhetősége, a családsegítők láncolata, ill. a szegény-

ség miatt lassan feléledt nemzeti büntudatból eredő szociálpolitikai fejlesztési kedv dinamizmusa teszi jobbá.

A lehetőségek azonban csak jelentős fejlesztéssel valósíthatók meg. Néhány alkoholellátó részleg, osztály eddig is gyakorlatot szerzett a krízisorientált ellátásban, vannak területen, ill. szomatikus szakmákban dolgozó kollégák, akik motiváltak és képzettek az ilyen munkára, az OAI elkezdte a Támasz-típusú gondozók rendszerének kidolgozását; és nagyon sok erőfeszítést tett és tervez a hajléktalanok, a munkanélküliek, az önkormányzatok hatókörébe tartozó szociális problémák alkoholológiai összefüggéseinek megvilágítására és befolyásolására a közvetlenül ott dolgozó aktívakon át. Nagyon fontos lenne azonban egy sor más, új szervezési lépés (a teljesség igénye nélkül), pl. a következők:

1. Megfelelő továbbképzés az alkoholológián belül, különböző foglalkozási rétegek számára.
2. Továbbképzés szomatikus orvosok, pszichológusok, különféle szakorvosok, védőnők, szociális munkások és egészségügyi középkezelő részére.
3. Szociálpolitikában dolgozók megfelelő továbbképzése.
4. A munkahelyi bázisú korai alkoholkezelés rendszerének kialakítása.
5. A közösségi erőfeszítések koordinálása (pl. a WHO/Euro-Community Response Programme támogatása révén).
6. Vallásos és humanitárius segítő kezdeményezések és közösségi mozgalmak támogatása.
7. Alkoholológiai jellegű krízis-teamek létrehozása és kísérleti működtetése.
8. Kísérleti krízisorientált kezelési rendszerek kialakítása egyes fekvőbeteg-ellátó heveny osztályokon.
9. Szociálpolitikai kísérleti terepeken alkoholkezelő teamek működtetése.
10. Marginális és deviáns, ill. nagymértékben dezintegrált rétegek számára speciális krízisellátó osztályok és ambuláns egységek létrehozása.

Igen könnyű a rendelkezésünkre álló nemzetközi és hazai adatok alapján bizonyítani, hogy ezeknek a szervezési lépéseknek költségkihatása nem elviselhetetlen, ezek pl. a meglévő tartalékokból is kialakíthatók (ha egyszer pl. egészségügyi vagy általános politikai erők hozzá mernének nyúlni a régóta ismert módon rossz egészségügyi rendszerstruktúrákhoz, a feleslegessé vált osztályokhoz és munkaerőhöz stb.), és különösen, hogy ezek már rövid távon is hatással lennének a morbiditási és mortalitási viszonyokra, amelyeknek befolyásolását az országos tisztifőorvos – igen helyesen, de nyilván politikai okokból is, nemzetközi „hírhedtségünkre” e téren is gondolva – legfőbb céljának tűzött ki, és már rövid távon is költségmegtakarítást lehetne elérni.

Az OAI, ill. a jelenlegi alkoholhálózat a szükséglet és a lehetőségek reflektorfénybe állításán kívül keveset tehet, közvetlenül azonban módja van néhány kísérlet támogatására, a módszerekkel és elméleti alapokkal, a nemzetközi tapasztalatokkal kapcsolatos szakismeretek terjesztésére, bizonyos képzés és továbbképzés kezdeményezésére (pl. OTE tanszéki csoport létrehozásával) stb. Van tevékenységi tér a tömegtájékoztatásban is. Igen kényes feladat azonban a társadalmi, egészségügyi, sőt szociálpolitikai érdektelenség, ill. alkoholológiai ellenszenv kivédése a kveruláns szerep negatív következményeinek elhárítása, a reálpolitikusi viselkedés mindezek között, a szélmalomharc kudarcélményeinek feldolgozása, a munkatársak moráljának megtartása. Bár ma tudjuk, mit és hogyan kellene tenni, és látható, hogy nem kellene sok a fejlődés megindításához, komoly erkölcsi bátorság szükséges a társadalom és az egészségügy felelősségének kimondásához.

Végezetül arra kell felhívni a figyelmet, hogy a betegellátás és prevenció társadalombiztosítási finanszírozásának óriási szerepe lenne abban, hogy megteremtse az anyagi ösztönzés feltételeit a felsorolt feladatokat végzők, ill. vállalók körében. Nagyon fontos lenne ezért a kialakuló rendszerben az alkohol-prevenció és alkoholbeteg-kezelés szempontjainak érvényesítése.

51. Alkoholizmus és drogabúzus

A Szociálpszichiátria Első Nemzetközi Szimpóziuma

A World Association for Social Psychiatry (WASP) 1986. november 6-11. között Rio de Janeiróban tartotta II. világtalálkozását, ehhez két ún. satellit kongresszus csatlakozott, egyik előtte, Buenos Airesben, másik utána, Salvador de Bahiában. Az utóbbi témája a szorongás szociálpszichiátriája volt, míg Buenos Airesben a fő téma az alkoholizmus és a drogabúzus, ill. drogdependencia volt, szociálpszichiátriai szempontból. A két kísérő kongresszus elsősorban a dél-amerikai térség sajátos problémáit és tudományos hangsúlyait kívánta képviselni. Bahiában a legnagyobb ország, Brazília szakemberei gyűltek össze elsősorban, míg Buenos Airesben a spanyol nyelvű országok pszichiátere, köztük főleg az argentinok, akik a pszichiátria tekintetében a legfejlettebbek és a legnagyobb számú szakemberrel rendelkeznek. Mint a kongresszus címéből is kitűnt, az argentin pszichiáterek a jövőben rendszeresen akarnak nemzetközi szimpóziumokat szervezni.

Az első nemzetközi szimpózium rendezője a Buenos Airesi orvosegyetem orvosi pszichológiai tanszéke volt, az argentin pszichiátriái társaság és az argentin szociálpszichiátriái társaság megbízásából. A kongresszus elnöki tisztességét Rodolfo Fahrer, az orvosi pszichológia tanszékvezető egyetemi tanára vállalta. A rendezvény az egyetemen zajlott, az előadások a központi épületben, a nagy aulában, a szimpóziumok és munkacsoportok a mellette lévő Hospital de Clínicasban. A Cordoba sugárúton elhelyezkedő egyetemi épületek hatalmas felhőkarcolók, az egyetemi klinikák észak-amerikai nagykorházakra hasonlító óriási beton épülettömbben helyezkednek el, míg az orvosegyetem oktatási épülete ugyancsak óriási húszemeletes tömb, amely az általános orvosi karon kívül a fogorvosi karnak, a gyógyszerészképzésnek és a gyógytornászképzésnek is otthont ad. Mind a klinikai épület, mind a központi épület a hatvanas években készült, építészeti szempontból célszerű megoldású (pl. a négy kar, ill. oktatási funkció a központi épületben elkülönül, mindegyik egy-egy környező utca frontját foglalja el, külön bejáratokkal), de mindkettő megkopott már, tatarozásra szorulnak. A Buenos Airesi az ország legnagyobb, központi orvosegyeteme, általában 7-800 diák tanul egy-egy évfolyamon, a jelenlegi első évfolyamra azonban több mint 2000 diákot vettek fel, mert a katonai diktatúra megdöntése utáni demokratizálódás mindenkinek

meg akarta adni az esélyt a tanulásra. A négy kar így több mint 4000 elsőévest vett fel, ez komoly oktatási gondot okoz, ehhez a feltételek nincsenek meg, bár a tanszékek óriásiak. Az orvosi pszichológiai tanszék pl. 104 diplomás oktatóval rendelkezik, nagy teret foglal el, több jól felszerelt saját tanterme van, pszichiátriai, pszichoterápiás és pszichológiai tanácsadó rendelések tucatját működteti, ill. a pszichiátriai klinika fekvőbetegeinek egy részét látja el. A diákok nagyon aktív tényezői az ország forrongó politikai légkörének, amely most, a választások előtt még a szokásosnál is élénkebb volt. A szimpózium ideje alatt folyamatosan szerveztek az egyetemi épületben politikai gyűléseket, voltak tüntetések, a falakat kívül is, belül is transzparenszek, plakátok, festett feliratok borították, az utca is, az előcsarnok is tele volt röpcédulákkal.

Kb. 300 szakember jött össze a szimpóziumra, csupa idősebb, neves pszichiáter és pszichológus. Köztük mintegy 40 érkezett más dél-amerikai országból (köztük néhány brazil is), és kb. 20-ra tehető a távolabbról érkezettek száma. Lényegében minden nem dél-amerikai résztvevő meghívott volt. Főleg az Egyesült Államokból hívtak meg szakértőket, köztük a WASP néhány vezetőjét. Rajtuk kívül egy neves francia szociálpszichiáter (Yves Pellicier) volt jelen, két japán és egy indiai szakértő, továbbá engem is meghívtak előadónak. A Pszichiátriai Világtársaságot (WPA) a főtitkár, a dán Schulsinger képviselte.

A választott téma igen aktuális a dél-amerikai térségben, mert mind az alkoholizmus, mind pedig a különféle drogok használata terjed. A drogok terjedése főleg azzal függ össze, hogy számos országban expozív népesedésvnövekedés tapasztalható, pl. Kolumbiában, Venezuelában, Brazíliában (itt állítólag a lakosság 70%-a húsz éven aluli), köztük gyakori a cannabis, a marihuána és az LSD fogyasztása. Az idősebb lakosság körében a gyógyszerek abúzusa válik mind gyakoribbá (pl. Argentínában). A legdinamikusabban az alkoholfogyasztás, alkoholabúzus és alkoholfüggőség szokása terjed. A legtöbb dél-amerikai ország növekvő mértékben termel szeszes italokat, ezek könnyen hozzáférhetők, a városi lakosság mind többet fogyaszt belőlük. Egyre több a pszichiátriai kezelést igénylő alkoholist, többségük fiatal. Mivel a fogyasztás és a dependencia változásai nagyon dramatikusak és igen szembe-tűnően összefüggnek társadalmi eredetű stresszekkel (pl. munkanélküliség, gazdasági válságok, gyors urbanizáció és iparosodás stb.), a szociálpszichiátriai megközelítés látszik célszerűnek. Még inkább aláhúzza ennek létjogosultságát az, hogy a kulturális háttér szerepe is igen szembe-tűnő, a térség különböző kultúrái és szubkultúrái eltérően, sajátosan reagálnak ugyanazokra a szociális stresszekre (pl. a különböző európai eredetű bevándorló csoportok,

indiánok, különféle néger és keverék etnikumok, sajátos dél-amerikai népi vallási közösségek stb.).

A szimpózium főleg plenáris előadásokból állt, ezek szinkrontolmácsolás mellett folytak, volt azonban néhány szeminárium, munkacsoport, videó-bemutató, vitacsoport is, ezek között szerepelt az én szemináriumom az alkoholizmus család és csoportterápiájáról. A nyitó előadást a főrendező, Fahrer tartotta, aki a latin-amerikai helyzetet mutatta be, továbbá a WASP jelenlegi elnöke, John L. Carleton és örökös tiszteletbeli elnöke, Jules H. Masserman, az alapító vállalt előadást. Carleton az alkohol és a drog világszerte terjedő használatát a társadalmi stresszek növekvő mértékéből vezette le, amely főleg a gyors társadalmi változásból ered. E változásra az emberek nem tudnak felkészülni, kialakult beidegződéseik és feszültségvezetési módjaik korábbi viszonyokat tükröznek. A növekvő individualizáció csökkenti a toleranciát a feszültség és a diszkomfort iránt, emiatt az emberek könnyebben nyúlnak a pohárhoz vagy a droghoz. Szétzilálódnak a hagyományos közösségi viszonyok, így mind az interperszonális támogatás, mind pedig a kontroll csökken. Nő a nemzedékek közötti különbség, ezért a fiatal korosztályok számára a család és a felnőtt társadalom kevésbé tud segítséget nyújtani, támaszt adni. A másodlagos csoportalakulás eszköze is az alkohol vagy a drog, megkönnyíti az emberek kapcsolódását egymáshoz, az egyén síkján ez azonban a kémiai szer hozzászokását segíti elő. A növekvő gond az egyéni, stresszoldó célú ivás vagy droghasználat, ez viszonylag hamar érhet el olyan fokot, amikor még az egészségügyi károsodás csekély, klinikai értelemben nem beszélhetünk dependenciáról, de a személyiség fejlődése, integrálódása megáll. A rendszeres ivó vagy drogfogyasztó személyisége kiürül, problémamegoldási és stresszelviselési képességei lecsökkennek, a kémiai szer elvonása után szinte adaptáció és fejlődésképtelen állapot marad. Ez nagyon nehezíti az alkoholisták és a drogosok gyógyítását és rehabilitációját. Szinte reszocializációra van szükség ezekben az esetekben, amelyre hosszú időt kell biztosítani, és amelyben a szocioterápiás módszereknek (különféle csoportterápiáknak, közösségi terápiaformáknak) van központi szerepe.

Lényegében ezt a képet bővítette ki a többi előadás is. A dél-amerikai szakemberek is ez; tapasztalják. Argentínában a pszichiátriára igen erős a pszichoanalitikus befolyás, ennek tulajdonítható, hogy viszonylag sok előadás szólt arról, hogy a személyiségfejlődés korai – analitikus terminológiában megfogalmazott – károsodásai hogyan növelik a hajlamot az alkohol, ill. drogfüggőségre, továbbá hogyan kell ezeket figyelembe venni a gyógyítás során. Különösen argentin szakemberek képviselték, hogy az alkoholisták és drogbetegek

kezelésének stratégiáját pszichoanalitikus elméleti keretben kell koncipiálni, még akkor is, ha a kezelés szociálpszichiátriai jellegű, a cél ugyanis az alkohol és a drog által akcentuálódott pszichodinamikai zavarok fokozatos és szekvenciális feldolgozása. Ennek jegyében bizonyos kezelési fázisokban az oralitás zavaaraival kell foglalkozni, később a patológiás nárcizmussal, majd a kommunikációs és kapcsolódási nehézségekkel, az agressziós dinamika károsodásaival és hibás sémáival, a csoporttal való integrálódás zavaaraival stb. Az előadásokban – melyek többnyire 20-20 percig tartottak – sok érdekes klinikai megfigyelés hangzott el. Általában a terápiás közösséget tartják a kezelés és rehabilitáció optimális keretének. Mint az előadásokból is kitűnt, de videó- és filmbemutatókból is láthattam, a latin-amerikai emberben a kommunikációs gátoltság súlyos dependenciában sem éri el azt a fokot, amit európai betegekben szokványosan tapasztalunk, ezért a csoport a kezelésben igen jó közeg, a csoportülések nagy dinamikával folynak, különösen a cselekvést igénylő csoportmódszerek érnek el látványos eredményeket. Kiterjedten használják pl. a pszichodráma módszerét alkoholisták és drogbetegek kezelésében. A terapeuták általában igen aktívak, az analitikus szemléletűek is.

Külön módszertani problémának tartják a serdülő és gyermek drogfogyasztók, ill. szenvedélybetegek kezelését, itt is a csoportmódszereket részesítik előnyben. A családterápiának kevés eredményét látják, mivel az ilyen fiatalok nagyon korán dezintegrálódott családokból származnak, többnyire már úgy válnak dependenssé valamilyen kémiai szertől, hogy a családtól távol kerülnek, többnyire csavarognak drogos csoportokban. (Az otthontalan, csavargó, munkanélküli fiatalok a legtöbb dél-amerikai országban százezres-milliószámú tömeget alkotnak.)

A szimpózium kiemelt témája volt az elsődleges és a másodlagos prevenció. Az elsődleges megelőzés inkább vágyálom, a szakemberek az iskola, a család, a közösség és az egészségügyi alapellátás szerepét emelték ki, de csak felvilágosítási módszerekben gondolkodtak. A másodlagos prevenció az alkohol és a drogfogyasztás korai felismerése nyomán már realisabb orvosi, pszichológiai tanácsadási és pszichoterápiás, valamint szociális gondozói feladatokra bomlott a megszólaló szakemberek előadásaiban. Hallottunk pl. analitikusan orientált rövid, fokális pszichoterápiás módszerekről, amelyek korai hozzászokás eseteiben igen eredményesek (Portella Nunes, Forschtut, Garcia Badaraco stb.).

Érdekes tematikus egység volt a kultúra szerepével foglalkozó ülés, itt jutott szóhoz az indiai szakember (Varma) és a két japán pszichiáter is. Indiában is és Japánban is a dél-amerikai helyzethez hasonlóan viszonylag gyorsan nő

az alkoholisták és drogbetegek száma, ugyancsak az iparosodó vidékeken. Indiában az alkoholfogyasztás inkább a középosztály problémája. Hoirisch brazil pszichiáter a braziliai néger vallási közösségek alkohol- és drogfogyasztási szokásairól beszélt, továbbá egy érdekes brazil jelenségről, a curanderónak nevezett népi gyógyítók szerepéről. A curanderók egy része specializálja magát az alkohol okozta gasztrointesztinális és májpanaszok kezelésére, így azután gyakran fordul elő, hogy a pszichiáter a legsúlyosabb szövődmények idején látja csak a beteget. E szekcióban tartottam én is egyik felkért előadást a magyar alkoholhelyzetről és ebben a magyar paraszti kultúra szerepéről (másik előadásomban áttekintést kértek az alkoholizmus elleni küzdelem történetéről, szervezeti rendszeréről és célkitűzéseiről).

A sokféle érdekes téma közül kettőt kell még kiemelni: egyik az amerikai Stanley Lesse előadása, a másik Jules H. Masserman szereplése volt. Lesse sajátos elméletet képvisel, szerinte a pszichopatológiai zavarok általános oka, hogy a társadalmi változás túl gyors, és az emberek nem képesek erre felkészülni. Ő úgy fogalmaz, hogy nem alakul ki megfelelő jövőorientáció. A felnövekvő nemzedékeket meg kellene tanítani arra, hogy a gyors interperszonális változásokra felkészüljenek, az ezzel kapcsolatos stresszeket kivédjék. Szerinte a pszichoterápiás kezelés fókusza is ez kellene legyen, különösen a drog és alkoholabúzus eseteiben és fiatal betegekkel. Előadásaiban is, személyes beszélgetések során is igen érdekes példákat és pszichoterápiás technikai tapasztalatokat sorolt fel. Masserman több kérdésben is nyilatkozott, részletesen ismertette klasszikus macskakísérleteit is, erről hosszú filmet is bemutatót. Az ismert kísérlet azt bizonyította, hogy a neurotizált macska (és mint a film mutatta: patkány, kutya, majom stb. is) alkoholtartalmú italokat preferál.

Végül a kaliforniai R. Pasnau érdemel még említést, ő több előadásban amerikai kezelési módszereket és szervezési formákat mutatott be. Legjobban azonban az az előadása ragadott meg, amely alkoholista orvosokról szólt. Az amerikai orvosok túlnyomó többsége iszik, feszültséglevezető céllal, és néhány százaléka súlyos alkoholista. Az alkoholista orvosok kezelésbevétele nagyon nehéz. A kaliforniai orvosszövetség külön módszert dolgozott ki arra, hogy hogyan lehet konfrontálni az orvost alkoholizmusával és hogyan lehet rávenni a kezelésre. Sikeresek azok a kurzusok, amelyek két-háromnapos zárt szemináriumok formájában igyekeznek leszoktatni orvosokat az italról. Ilyen szemináriumokba azok az orvosok kerülnek, akiknek az alkohol még nem okozott szociális konfliktust, vagy munkahelyi mulasztást, de akik már érzik, hogy hozzászoktak az italhoz és akarnak ezen változtatni. Önként jelentkeznek a meghirdetett programokra, feleségükkel vagy férjükkel együtt vesznek

részt ebben. Itt a mozgás és a relaxáció áll a középpontban, de tanulnak imaginációs és csoportdinamikai feszültségvezetési módokat is. Pasnau új amerikai felmérésekre hivatkozva az orvosok fő stressztényezőjének a pályát magát tartja. Ennek bizonyítéka, hogy az orvostanhallgatók kb. 10%-a pszichés zavarok miatt lemorzsolódik, mintegy 20% pszichoterápiába kerül az egyetemi évek alatt, és kb. 80%-a kellene, hogy pszichés segítséget kapjon, de a többség nem mer segítséget kérni, ill. elfogadni. Az a hozzávetőlegesen 60%, amely nem meri vállalni a kezelést, főleg az alkoholabúzus felé indul meg, és közülük kerülnek ki az öngyilkosok (az amerikai orvosok öngyilkossági gyakorisága magasabb, mint bármely értelmiségi rétegé, évente átlagosan egy egyetemi évfolyamnyi, kb. 7-800 orvos öli meg magát, kb. 50%-ban alkohol- és drogabúzus periódusai után).

A szimpózium jó hangulatú, de kissé formális légkörű volt (nyilván a magasabb résztvevői életkor miatt). A gyógyszergyárak támogatása biztosította az anyagi alapokat, így a gyógyszerreklámok nagy szerepet kaptak. Hálás vagyok Carletonnak, amiért a részvételre először felkért, Rodolfo Fahrernak a meghívásért, a kiemelt szereplések lehetőségéért, a kongresszusi költségek elengedéséért és a szállodai szobáért, továbbá az MTA Soros Alapítvány Bizottságának (útiköltség ide és riói kongresszusra), valamint az Alkoholizmus Elleni Állami Bizottságnak támogatásukért. Köszönettel tartozom munkahelyi előljáróimnak és az Egészségügyi Minisztérium Nemzetközi Kapcsolatok Főosztályának a kongresszusi részvétel engedélyezéséért.

52. WHO/EURO kollaboratív vizsgálat az alkohollal összefüggő problémákra adott közösségi reakciókról

A hetvenes évek végén a WHO Európai Regionális Hivatala együttműködéses vizsgálatot indított az alkoholfogyasztással és az alkoholizmussal kapcsolatosan. A vizsgálat elvi irányítását a skót Bruce L. Ritson végezte, ezért az előkészítő tanácskozások Edinburgban zajlottak, a WHO európai szakértői értekezleteinek megszokott formájában. 1983-ban történt az utolsó előkészítő megbeszélés, 1984-től a program megindult, és a kutatásvezetők első értekezletére 1985-ben Madridban került sor. 1987-ben Lisszabonban már a második találkozót rendezték, a már megindult vizsgálat első eredményeit tekintették át. Kilenc európai ország csatlakozott a programhoz, köztük hazánk is. A lisszaboni értekezlet még elfogadott további csatlakozásokat, így Lengyelország és a Szovjetunió bekapcsolódását. Ezzel a programban részt vevő országok száma 11-re emelkedett.

A közös vizsgálat előzményeiről még el kell mondani néhány dolgot. A hetvenes évektől kezdve a WHO az alkoholizmus különböző definíciói helyett mindinkább az alkohollal kapcsolatos problémák (alcohol-related problems) és az ártalmas ivás (harmful drinking) fogalmaira helyezi a hangsúlyt. Bebizonyosodott ugyanis, hogy az addikció és a dependencia között nehéz a különbségtétel, és a két meghatározás azt vonta maga után, hogy számos ország az alkoholizmust csak a legsúlyosabb formájában tekintette egészségügyi vagy szociálpolitikai problémának, és nem kívánt foglalkozni a mértéktelen ivással, ill. az alkohol okozta sokféle testi, lelki és szociális szövődménnyel. Ez történt hazánkban is, az egészségügy a maga alkoholológiai illetékességét sokáig csak e – már szervezeti, ill. idegrendszeri károsodásban gyökerező – végállapotokra korlátozta. Ezek ugyan redukálták a kezelendő alkoholisták számát a jelenlegi ellátási feltételek között is kezelhető méretekre, de az így előállt alkoholista csoport már gyakorlatilag alig volt gyógyítható. A kezelés szempontjából reményteljesebb kezdeti esetek és enyhébb hozzászokások, ill. a speciális érzékenységeken és viselkedési predispozíciókon alapuló ivási formák szinte figyelmen kívül maradtak. A legsúlyosabb alkoholizmus kiemelése csupán a jéghegy csúcsát érintette, és megnehezült az egész struktúra rekonstrukciója, a már említett kezdeti formák mellett az ártalmas és

a veszélyes ivási szokások és módok beágyazása a társadalmak és kultúrák alkoholfogyasztási gyakorlatának egész rendszerébe. Pedig az alkohollal kapcsolatos kutatások már mutatták, hogy az alkohol okozta problémákat ebben az egész rendszerben és az egész szerkezeti vertikumban kell kezelni, és az alkohol elleni harcot már az ivási szokások szintjén kell kezdeni, és a megelőzésnek el kell mennie egészen az alkoholhoz való hozzáférhetőség korlátozásáig és az absztinencia terjesztéséig.

E felismerések jegyében fordult a WHO figyelme is fokozott mértékben a mindennapi ivás és a kezdeti ártalmak felé, és ezért kezdtek el azzal foglalkozni, milyen hatóságok léphetnek fel és hogyan az alkohol ellen, és egyáltalán mi a közösségek reakciójának szerepe az alkohol visszaszorítása terén. Ez az érdeklődés lényegében azt tette, hogy az alkohol okozta ártalmak leküzdése egészségügyi és más intézményes feladat, de közösségi keretben, politikai és gazdasági akcióktól propagandakampányokon és felvilágosítási kísérleteken át egészen a lakossági spontán akciókig.

A hetvenes évek második felében a WHO három országra kiterjedő összehasonlító vizsgálatot indított az alkohol okozta egészségügyi és pszichológiai károk, valamint a rájuk vonatkozó társadalmi reakciók témakörében. A vizsgálat Skócia, Mexikó és Zambia viszonyait hasonlította össze. Mivel ezt egyfajta próbavizsgálatnak, „pilot study”-nak szánták, eleve nagyon különböző társadalmi és kulturális viszonyokat kerestek. Ezt a vizsgálatot már Ritson koordinálta, és itt azt az elgondolást követték, hogy egy közösséget választottak ki országon belül, és nemcsak felmérték az ivás különböző megnyilvánulásait, hanem a kapott adatokat megpróbálták visszacsatolni különféle közösségi cselekvési formákba. E vizsgálat nyomán tervezték meg a jelenlegi, nagyobb, egész Európára tervezett kollaboratív vizsgálatot.

Utólag nehéz tisztázni, miért nem kapcsolódtak be a vizsgálatba olyan országok, mint az NSZK, Olaszország, Ausztria stb., és miért vállalt benne kiemelt, központi szerepet Spanyolország, Portugália vagy San Marino. A spanyolok és portugálok párhuzamosan több közösségben indították el a vizsgálatokat és az alkohol elleni közösségi akciókat, és az egészségügyi kormányzat érdekeltségét jelzi, hogy e két ország adott terepet a kutatásvezetők találkozásainak. E két ország a vizsgálatoknak komoly anyagi és erkölcsi támogatást is nyújtott, és ennek megfelelően az ezekben végzett munka közelítette meg legjobban a WHO elképzeléseit.

A WHO nem törekedett az összehasonlító vizsgálat teljes uniformizálására, tehát pl. nem követelt meg azonos kérdőíveket vagy akcióterveket, csupán ajánlott bizonyos sémákat. Ajánlotta például, hogy minden kiválasztott kö-

zösségben a gyakorló orvosokat kérdezzék meg arról, hogyan látják az alkohol okozta problémákat, mennyiben találkoznak velük, hogyan viszonyulnak a betegekhez, hogyan kezelik őket. A tapasztalatok szerint ugyanis a gyakorló orvosok nem szívesen foglalkoznak alkoholproblémákkal és nem is nagyon veszik azokat észre a praxisban. Általában a vizsgálat során a WHO ajánlotta, hogy célszerű ún. „agency study”-t végezni, vagyis olyan intézmény klienseiből és munkájából kiindulni, amely alkoholproblémákkal, alkoholistákkal foglalkozik. Ez lehet egészségügyi intézmény, de lehet szociálpolitikai is, lehet rendőrség stb. Minden országban kérték, hogy a vizsgált közösség ivási szokásait lehetőleg reprezentatív mintán mérjék fel, és azonos módszerrel készítsenek felmérést majd a vizsgálat befejezésekor (ezt kb. 1992-re tervezték), a közösségi akciók után, mintegy ezek hatását mérve. A közösségi akciók célja az ivásmennyiség csökkentése, különösen az ártalmas ivási szokások vagy a különböző szempontból veszélyeztetettek (pl. terhes nők) ivásának visszaszorítása, esetleg eliminációja. Ajánlott momentum, hogy az adott országon belül a vizsgálat gyűjtse össze az alkoholfogyasztásra, alkoholizmusra és alkohol elleni harcra vonatkozó valamennyi adatot, lehetőleg végezzen vagy végeztessen országos reprezentatív felmérést is az ivási szokásokról, hogy a közösség viszonyait az ilyen háttér adatok segítségével jobban lehessen értékelni és értelmezni. A vizsgálat egész folyamatát a WHO mintegy katalizátornak gondolta, hogy az adott országban – ha még nincs – átfogó alkoholelles politikai és intézményes akciók induljanak meg.

A vizsgálatra vállalkozó 9 országban az elmúlt években kijelölték a vizsgálatok terepeit és megindították a munkát. Az egyes országokban különböző hangsúlyok alakultak ki és különböző konstellációkban hajtották végre az ajánlásokat. A legtöbb ország összegyűjtötte az országos adatokat és kikérdezte a kiválasztott település vagy közösség (pl. Portugáliában vallási, parochiális, Spanyolországban közigazgatási szempontból egységes terület) gyakorló orvosait. Néhány ország, elsősorban az ibériai félsziget két országa több közösséget igen alaposan felmért az ivási szokásokat illetően, és készített országos reprezentatív felmérést is. Más országok elsősorban az alkohol elleni akciókat kezdték meg. A svéd vizsgálat viszonylag felszínesen mérte fel egy Stockholm melletti kisváros ivási szokásait, viszont a városka orvosai és egészségügyi személyzete, valamint közösségi aktivistái segítségével igen erőteljes felvilágosító kampányt kezdtek az alkohol ellen. Még területi gyűléseket is összehívtak. Hollandia ugyancsak az akciókat részesítette előnyben, itt országosan is, és az adott területen különösen televíziós felvilágosító kampányok indultak meg. E kampányok kulcsgondolatait sajtóreklámok és plaká-

tok, szórólapok is kiemelték. A spanyol és a portugál programban az akciók most következnek, külön képezik ki a kiválasztott közösségek egészségügyi dolgozóit, köztük az ápolónőket, szociális gondozókat, védőnőket, gyermekorvosokat stb. arra, hogyan ismerjék fel korán az alkoholfogyasztás kárait és milyen módon próbáljanak korai segítséget nyújtani. Ezekben az országokban tervezik az alkoholbetegekkel foglalkozó intézmények fejlesztését is, kiváltképpen Portugáliában (Spanyolországban és Franciaországban ezek az intézmények fejlettek és differenciáltnak tekinthetők). Izlandon a vizsgálat nyomán az alkohol hozzáférhetőségének további korlátozását kezdeményezik politikai síkon, és az alkohol elleni küzdelemben a legnagyobb szakszervezet, a halászok szakszervezete erőit is felhasználják. Dániában ugyancsak előkészítenek politikai akciókat is, az itteni egészségnevelő erőfeszítések nem elsősorban az ivás korlátozására, hanem az ivással kapcsolatos önismeret fokozására és az ártalmas ivás felismerésére és megszüntetésére irányulnak. Mind-egyik országban a figyelem a rendszeres és mértéktelen ivásra, ill. az ártalmas ivásra irányul (pl. a testi szövödmények korai jelentkezése, így máj-, gyomor-bél traktus stb. más betegsége vagy érzékenysége miatt), nem elsősorban a klasszikus alkoholistára.

A vizsgálatba Magyarország is bekapcsolódott, a WHO által ajánlott három közösség párhuzamos vizsgálatával (amit a spanyolok és a portugálok valósítottak csak meg). Egy falusi, egy kisvárosi és egy budapesti körzetet jelöltek ki vizsgálatra. E vizsgálat időközben elakadt. Mivel az összehasonlító kutatás még főleg a felméréő fázisban tart, és néhány ország az összesítő adagyűjtésnél alig jutott messzebbre, még van lehetőség a felzárkózásra. Készült már országos reprezentatív felmérés az ivásról, készült több kisebb területi vizsgálat, ezek adatait be lehet kapcsolni az együttműködéses vizsgálatba. Megvalósíthatónak látszik az „agency study”, elsősorban a körzeti orvosok megkérdezése és bevonása a közösségi akciók irányításába, mivel egyre több az érdeklődő körzeti orvos, és a gyakorló orvosok mind jobban látják az alkoholproblémák egészségügyi súlyát. Az országban megerősödött alkoholizmus elleni küzdelem, továbbá az egészségmegőrző program indulása is kedvez az ilyenfajta akcióknak. Hasonló módon a nemrég, a madridi találkozó után bekapcsolódó Lengyelország csaknem minden szükséges vizsgálatot össze tudott állítani az Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet alkoholkutató részlegében és másutt az országban folyó vizsgálatok anyagából.

A lisszaboni értekezleten valamennyi résztvevő ország részletes írásbeli jelentést készített (a spanyolok és a portugálok többet is, minden közösségről külön), ezeket minden résztvevő előre megkapta. A kutatásvezetők Ritson és

a WHO Európai Regionális Hivatalában alkoholügyekkel foglalkozó Jens U. Hannibal vezetésével megtárgyalták az anyagokat, még egyszer áttekintették a közös irányelveket, módszereket, problémákat. Portugál részről a megbeszélések szervezője és irányítója Da Costa professzor volt. A találkozót a portugál egészségügyi minisztérium szervezte. Az üléseket az Instituto Nacional de Saude Publica konferenciatermében tartották. A portugálok nagyszerű vendéglátók voltak, a résztvevők (kb. 25 külföldi és 15 portugál szakember) nagyon jó körülmények között tárgyalhattak. A külföldiek egy szállodában laktak, ez is elősegítette a kontaktusokat.

Maga az értekezlet nagyon élénk és tárgyyszerű légkörben zajlott, minden anyagot igen alaposan megvitattunk, és minden ország tevékenységét a vizsgálatban volt alkalmunk részleteiben megismerni. Így igen színvonalas és tanulságos néhány nap telt el. Nagy figyelem kísérte a szovjet alkohológus beszámolóját, aki hangsúlyozta, hogy országos szinten az alkoholfogyasztás visszaszorításához nem elég a hozzáférhetőség korlátozása, hanem az alkoholdermést is csökkenteni kell. A szovjet vizsgálat majd az igen következetes szovjet intézkedések közösségi visszhangjaira fog irányulni. A szovjet szakember őszintén beszámolt az alkoholelles kampány nehézségeiről is, pl. arról, hogy alkohol helyett kozmetikumokat, oldószerket is isznak az emberek, ezekre is oda kell figyelni.

A legközelebbi találkozó várhatóan két év múlva San Marinóban lesz. Az értekezlet számomra különösen tanulságos volt, számos szempontból – pl. alkoholológiai, kutatómódszertani, egészségnevelési stb. – intenzív továbbképzésnek felelt meg, ugyanakkor nagyon jó személyes kapcsolatok kialakítására adott lehetőséget számos neves és tapasztalat kutatóval. Hálás vagyok ezért az Egészségügyi Minisztériumnak, hogy részvételemet lehetővé tette. Az értekezletről nagy mennyiségű információs anyagot hoztam haza, még több posztai érkezése várható, ezeket igyekszem majd hasznossá tenni alkoholológiai szakemberek, ill. alkoholbetegekkel foglalkozó gyakorló orvosok, továbbá az alkoholizmust és alkoholfogyasztást kutatók számára.

53. Kelet- és nyugat-európai drogszakemberek első találkozója

Két francia szervezet, a FIRST (Formation, Intervention, Recherche, SIDA, Toxicomanie – vagyis az AIDS és a drogabúzus kapcsolatával összefüggő képzések, beavatkozások és kutatások kérdéseivel foglalkozó szervezet, vezetője: dr. Aimé Charles-Nicolas) és az ANIT (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie – vagyis a drogabúzus elleni közreműködők országos szervezete, vezető: dr. Alain Morel), az Európai Közösség és a Világégeszségügyi Szervezet segítségével hozta létre ezt a találkozót azzal az elgondolással, hogy hasonló szakértői megbeszélésekre a jövőben rendszeresen kerüljön sor. A találkozót az a meggyőződés hívta életre, hogy a kelet-európai társadalmi változások felszínre fogják hozni ezekben az országokban a drogproblémákat, és ha a szakemberek, ill. a drogellenes szervezetek ezekben az országokban nem kapnak időben segítséget, akkor a nyugat-európai eredményeket is veszélyeztetheti a kelet-európai országokból származó drogcsempészet, ill. a drogbetegek áramlása. A kérdésnek külön aktualitást ad az a tény, hogy az AIDS-betegek és a HIV-szeropozitív emberek mind nagyobb hányada drogbetegként, drogabúzus következtében (elsősorban fertőzött injekciós tű használata révén) kapta a fertőzést, a drogprobléma tehát szervesen összefügg az AIDS-szel is.

Franciaország valószínűleg több okból vállalkozott a találkozó megrendezésére. Itt ugyanis igen fejlettek a drogellenes szervezetek, a kormányzat sokat költ a megelőzésre és a kezelésre, a szakemberek nagyon aktívak, és az a meggyőződésük, hogy az országban megfelelő kontroll alatt van a probléma. A kb. 150.000 nyilvántartott drogbeteg ellátása megszervezhető, a prevenciónak vannak eredményei, pl. a toxikománok közötti HIV-fertőzés incidenciája csökken, sikerek vannak a rehabilitációban is, és reménykednek a drogbeszerzési források korlátozásában is. Egyik ok lehetett a franciák európai szerepének hangsúlyozása is. További oki tényező a francia drogellenes szervezetek együttműködési törekvése a szovjetekkel, ennek megfelelően az első találkozó mintegy 60 kelet-európai résztvevője közül kb. 20 szovjet volt, köztük több szakember a déli köztársaságokból érkezett.

Minden kelet-európai országból többen kaptak meghívást, de nem mindenki érkezett meg, így pl. nem jött senki Albániából, egy szakember érkezett Romániából, míg a többi országból 47 szakember jött el. Magyarországról végül heten vettünk részt, hárman a drogprogram munkatársai közül, Gerevich dr. vezetésével, Lévai Miklós jogász, az Igazságügyi Minisztérium drogtörvénykezéssel foglalkozó szakembere, ezenkívül két pszichiáter és egy közgazdász, aki a drog közgazdaságtanát kutatja. A találkozó több célt követett, egyrészt a meghívott szakembereket meg akarták ismertetni a drogellenes francia küzdelemmel, másrészt egymás között is kapcsolatokhoz próbálták juttatni őket, végül pedig kelet-nyugati együttműködéseket próbáltak szervezni. Az első célkitűzésnek megfelelően minden kelet-európai meghívott két napra elutazhatott a francia drogellenes küzdelem valamelyik regionális centrumába.

Nekem Bordeaux jutott, ahol igen részletes programot készítettek számomra, nemcsak pszichiátriai osztályokat látogathattam meg, hanem azt a városi börtönt is, ahol a drogbeteg elítéltek kezelését és rehabilitációját végzik (ez a város legmodernebb börtöne, a 800 elítélt közül több mint száz a drogbeteg, a börtönnek külön pszichiátriai szolgálata is van). Érdekesség, hogy mind a börtönben, mind a pszichiátriai drogbetegkezelő osztályokon nagy szerepet kaptak a mozgásterapeuták a kezelési programokban. Mint más regionális központokban (22 nagyobb központ van Franciaországban), Bordeaux-ban is van egy akut drogkezelő központ, amely a leginkább veszélyeztetett közösségben helyezkedik el. Állandó ügyeleti szolgálatot tart fenn, aktívan keresi fel a drogbetegeket és különböző kezelési formákba juttatja el őket, ill. ilyeneket maga is nyújt. Sok a szociális gondozó és az önkéntes aktíva a központban. Bordeauxban ez a Pey-Berland központ, amely egy nagyobb egység, a CEID (Comité d'Étude et d'Information Sur La Drogue) része, ez a nagyobb központ a droggal érintkezésbe kerülő szakemberek informálását, tanácsadását, továbbképzését végzi, valamint fogadja az önkéntesen jelentkező betegeket, de főleg a családokkal, hozzátartozókkal foglalkozik. A nagyobb központ igyekszik családterápiás ellátást is nyújtani. A nagyobb intézetet dr. Damade, a Pey-Berland központot dr. Delile vezeti, rajtuk kívül nincs pszichiáter az intézetekben, a diplomás stábhoz pszichológusok tartoznak (mindkét központ azonban kapcsolatban van az egész terület pszichiátriai ellátó hálózatával). Elég sok beteggel volt alkalmam találkozni a látogatások során, ez eléggé lehangoló élményt jelentett, mert nagyon sok emberi nyomorúságra, bajra derült fény a beszélgetésekben (Bordeaux meglehetősen recesszióban lévő terület, sok a munkanélküli, főleg a bevándoroltak, menekültek, köztük a sok afrikai között). Bordeaux-ban megismerkedhettem a Toxibase nevű országos in-

formációs szolgálattal, amelynek a regionális központokban komputertermináljai vannak, és amelynek információs anyagait (kitűnő tájékoztatókat pl. a drogüggyekkel kapcsolatba kerülő különböző foglalkozási rétegeknek, pl. tanároknak, körzeti orvosoknak, gyógyszerészeknek, rendőröknek stb.) ezekből osztják szét. A Toxibase követi a narkománia nemzetközi szakirodalmát és franciául hozzáférhetővé teszi a szakemberek számára.

Párizsba érve a találkozó sajtóértekezlettel kezdődött, ennek kapcsán ment végbe a résztvevők ismerkedése, majd a Grande Arche nevű hatalmas, négyzet alakú épületben, a Défense negyed új nagy diadalívében volt együttlüködési megbeszélés, kötetlen formában, a résztvevők javaslatokat, felajánlásokat tettek. A tulajdonképpeni kelet-nyugati találkozó ezután az UNESCO palotában két napon át tartott. Ennek során kerekasztalok, előadások, viták bonyolódtak le, minden ország beszámolt a droghelyzetről és a drog elleni küzdelem állásáról. Néhány nyugati résztvevő is elmondott olyan megoldási módokat, amelyek Keleten is ajánlhatók, pl. ilyen a Hollandiában bevált fecskendőcsere, speciális autóbuszokon használt fecskendőért steril tisztát adnak, a csere alkalom lehet a drogbeteg ellátására, kezelésbevitelére is, de ez szigorúan önkéntes alapon lehetséges. Marcus Grant a WEG programját adta elő. Nagy figyelem kísérte a drogüggyek törvényes szabályozásának megbeszélését, itt hangzott el Lévai Miklós beszámolója a készülő hazai törvényreformról.

Általában az jellemző a kelet-európai országokra, hogy nincs pontos adatuk a drogabúzusok elterjedéséről és a drogbetegek számáról. Az ismert betegek egy-kétezres nagyságrendben (Szovjetunióban néhány tízezres nagyságrendben) vannak. Lengyelországban az a benyomás, hogy a drogabúzus visszaszorulóban van, de a szakértők mindenütt úgy vélik, hogy nagyon sok a nem regisztrált drogbeteg és a drogabúzus számának, súlyosságának növekedése a valószínű. Mindenütt úgy vélik, hogy a politika nem veszi komolyan a droghelyzetről, nem elégségesek az ellátó és megelőző lehetőségek, nem elegendő a droghelyzetről fordítható pénz, ill. a mögöttes politikai akarat. Nagy az igény ezért a nyugat-európai segítségre, amely elsősorban együttlüködésekben, informálásban látszik ígéretesnek.

Itt kell megjegyezni, hogy a magyar drogprogram tűnt a legösszetettebbnek a volt szocialista országokban folyó erőfeszítések közül. Gerevich József és munkatársait ezért nagy megbecsülés övezte, többféle együttlüködési ajánlatot kaptak, ill. szerződést kötöttek.

A találkozó nagyon jó hangulatú volt, mindenki pozitív élményekkel tért Párizsba vidéki látogatásáról is, és a francia drogszakemberek mindent elkö-

vettek, hogy a vendégek jól érezzék magukat. A rendezés kissé gyakorlatlanak tűnt, az információk nem mindig voltak pontosan és érkeztek időben, kissé strukturálatlanok voltak a megbeszélések is, de ezzel együtt a rendezvény nagyon sikeresnek mondható, és jó lenne, ha folytatódhatna. Ennek bizonyára anyagi vonzatai is vannak, mert becsléseink szerint a találkozó a vendéglátó szervezeteknek igen sokba kerülhetett, többek között azért is, mert a francia kollégák anyanyelvükön kívül más nyugati nyelvet nem beszéltek, ugyanez volt a helyzet a szovjetekkel is, így három nyelvű szinkron tolmácsolással folyt a találkozó.

Számomra az egyhetes francia út sajátos tanulmányút volt, amelyben megismerhettem a drogprobléma és a drogellenes küzdelem francia, ill. európai helyzetét, volt alkalmam gondolkodni és informálódni a mentálhigiénés összefüggésekről, és sok konkrét megoldási mintával találkozhattam, sok kedves szakemberrel való megismerkedés lehetősége mellett. Köszönettel tartozom a meghívásért a FIRST és az ANIT vezetőinek és a NEVI-nek a kiutazáshoz nyújtott segítségért.

54. Európai Alkoholelles Akcióprogram, Korai Intervenciós Program

Lifestyles and Health részleg, európai mentálhigiénés problémák

Most már sokéves együttműködések nyomán alkalmas volt néhány napot Kopenhágában tölteni a WHO Európai Regionális Irodájában. A látogatás többféle célt szolgált, és eredete is több szálú. Elsősorban dr. Cees Goos, a WHO drog és alkoholemegelőzéssel foglalkozó szakembere hívott meg, részben az április eleji varsói szakértői értekezlet nyomán, amelynek során nemcsak lezártuk a Community Responses to Alcohol-Related Problems című programot, hanem röviden beszéltünk az előkészületben lévő European Alcohol Action Planról is, amelynek célja, hogy az ezredfordulóra sikerüljön az alkoholfogyasztást 25%-kal csökkenteni. Már akkor szó volt arról, hogy a tervet még szakértők tárgyalják, és csak szeptemberben kerül majd döntésre, elfogadásra, és hivatalosan csak akkor indul meg. Nos, most egy napon át, két olyan kollégával együtt, akik a varsói megbeszéléseken is részt vettek, Jacek Moskalewicz lengyel szociológussal és Pines Prato coimbrai (portugál) pszichiáterrel együtt, újraértékeljük a programot. Ezen a tárgyaláson részt vett P. Anderson angol szociológus is, akinek kitűnő WHO-kiadványát: Management of Drinking Problems (a róla szóló recenzió a *Lege Artis Medicinae*-ben és a *Networkban* is megjelent), a napokban fogja magyarul kiadni a *Lege Artis Medicinae* kiadója. Anderson az Európai Iroda konzultánsa. Főleg a koordináció, a prioritási sorrendek, a költségek és a programmal kapcsolatos PR munka kérdései kerültek szóba. Maga a program nagyon jó, ám állami kényszerítést, fogyasztáskorlátozást, pénzigényes akciókat, központi és közösségi mozgósítást igényel a terv, és a szakértők, akik a WHO-n belül kidolgozták, nagyon aggódnak, hogy az európai államok nem fognak bekapcsolódni a munkába. Úgy láttam, ez a gond késlelteti a jó terv elfogadását. Maga a WHO kevés erőforrást tud a tervre fordítani. Mint később – a tárgyalások során – kiderült, a WHO anyagi eszközei nem elegendőek az európai szükségletek kielégítéséhez. Eddig 33 országgal számolt az Európai Regionális Iroda, erre készültek még az ideai anyagi tervek is, most viszont a FÁK államaival, a különváltó jugoszláviai köztársaságokkal és más európai eseményekkel (pl. a

jugoszláviai háború, az albán egészségügyi helyzet és közegészségügy hihetetlen elmaradottsága, a romániai egészségügyi ellátás gondjai stb.) kapcsolatos igények óriási összegeket tennének ki. Az Európai Alkoholelles Akcióterv PR része nagyon kényes, a WHO semmiféle olyan szponzorálást, támogatást nem fogadhat el vagy nem mozgósíthat, amiben az alkoholérdekeltségnek szerepe van. Márpedig ez a legtöbb országban nagyon szerteágazó és nagyon erős.

Két napon át – Anderson vezetésével – egy korai alkoholintervenciós tervet beszélünk meg, ezen részt vett John B. Saunders ausztrál professzor is, aki az elmúlt évtizedben több nagyszabású programot vezetett Ausztráliában és Új-Zélandon, amelyek körzeti orvosok munkájára alapoztak, és az alkoholbetegek, ill. a problematikusan, veszélyesen ivók korai kezelésbevételét célozták. Az igen alapos, összetett kutatási tervek sok évre és sok száz körzeti orvosra terjedtek ki; központi szerepet játszott bennük a hatáselemzés. Az eredményeket most fogják publikálni, ezek igen jók, a kiszűrt betegek nagy hányada együttműködött a kezeléssel, és tartósan absztinens is maradt. A körzeti orvosok, háziorvosok aránylag kevés időt fordítottak a betegek meggyőzésére, befolyásolásra. Mint korábbi kutatásokból is tudjuk, nem is kellett különösebb terápiát végezniük, elegendő volt a megfelelő módon végzett tanácsadás és gondozás. Különböző, rövid intervenciókkal is próbálkoztak, elmentben az Orford-Edwards-féle vizsgálattal, amely szerint az alapos kezelés nem javítja lényegesen az eredményeket (a két szerző erről szóló könyve a nyolcvanas évek elején az Alkohológiai Kiskönyvtár sorozatban, magyarul is megjelent), a körzeti orvosok rövid pszichoterápiája, a házastárs, ill. a család bevonása; az esetleg szükséges szakkezelés az eredményességet fokozta. Az egész program, ill. kutatás lényege az volt, hogy az alapellátás orvosait kell megfelelően képezni és motiválni, akkor a korai kezelésbevétellel igen hatékonyan lehet küzdeni az alkohol okozta károk és az alkoholizmus ellen.

Anderson hasonló, de kisebb skálájú kutatásban vett részt Angliában, az ő anyagait is megkaptuk, miként Saundersék közlésre leadott tanulmányainak másolatait is. Az angol vizsgálatok kisebb nagyságrendűek voltak, de ugyancsak meggyőzőek. Mint kiderült, az Egyesült Királyságban működő Nemzeti Egészségügyi Szolgálat hajlandó külön szerződni az alapellátás orvosaival, ha azok vállalnak alkoholtanácsadást és kezelést, ahhoz képzettséget szereznek, így ezért külön pénzt kapnak, olyan összeget, amely ösztönző erre a munkára. Mint Anderson elmondta, a National Health Service tisztán látja, hogy ez a kiadás sokszorosan megtérül. Az alkohol-prevenációs munka fokozása ma része annak a változásnak, amelybe az Egyesült Királyság az egészségügy te-

rén belefogott, a kuratív medicina helyett most a prevenció és egészségpromnóció kap prioritást. (Éppen előttem fekszik az erről szóló, ún. „zöld könyv”, amelyet 1992 júniusában tettek közzé, és amely majd a parlament elé kerül, de előzetesen számos szakmai társaság, intézmény és szakértő vitatja majd meg, erről a kötetről ugyancsak érdemes lesz rövid ismertetést írni.) Az alapellátás szakmai szervezetei is támogatják ezt a munkát, és a területi orvosi hatóságok, az ún. „medical audit” rendszer keretében ugyancsak igyekeznek ezt elősegíteni. (Ez a rendszer abból áll, hogy egy bizottság igen tapintatos és segítő módon véleményezi az egyes gyakorló orvosok betegellátási színvonalát, különös tekintettel bizonyos kórképekre, adott esetben az alkoholbetegekre is.)

Ezek a tapasztalatok adtak tápot ahhoz a tervhez, hogy az alapellátásra épülő korai intervenciós programot Európában is bevezessék, és ennek megtárgyalása volt most e kis csapatnak, összesen hat embernek a feladata. Igen színvonalas munkára volt mód, ez felülmúlta még az általában nagyon jól szervezett szakértői értekezletek hatékonyságát is. Komplex terv született, négy különálló vetületben folynának a kutatások, mindegyik több fázisra bomlik, és minden fázis, minden vetület önmagában is értékes és értelmes eredményeket hozhat, együtt viszont az alkoholkezelés új rendszerét igényli. A vitában végül elvetettük a WHO-s szakemberek kérését, hogy a dohányzás és a droghasználat korai felismerését, ill. kezelésbevételét is tűzze célul a kutatás, ezt túl soknak éreztük. Érdekes módon a Nagy-Britanniában és Ausztráliában sikeres programelőzmények sem a két egykori szocialista országban (Lengyelország és Magyarország), sem Portugáliában nem látszottak egyszerűen kivitelezhetőnek. Ugyanakkor a lehetőség nagy, és ezekben az országokban is sok jel mutat arra, hogy az alapellátás orvosai is változnak, nyitottabbak az alkoholproblémák iránt, és talán a lakosság korai együttműködési készségében is van változás, érdemes lenne megpróbálni ezt a programot. Magam mind az OAI, mind a NEVI támogatását kilátásba helyeztem, és vállaltam, hogy az alapellátás orvosait is bekapcsolom (ez sikerült is, Fodor Miklós dr., az Országos Háziorvosi Intézet főigazgató főorvosa szívesen kapcsolódik a programhoz, az ezzel foglalkozó első szakértői értekezletre, októberben, Bécsbe öt javasoltam már temporary advisernek, és Péter Árpád dr. is a magyar programpartnerek egyik irányítója lesz). A programról további megbeszélések lesznek, szeptember elején háromnapos értekezletet tartanak az European Alcohol Action Plannal kapcsolatosan, és ekkor hárman (most már Saunders nélkül) ismét összeülünk Andersonnal és Goossal, a program további megbeszélésére.

Egy napot dr. Erio Ziglióval, a Lifestyles és Health Department vezető-helyettesével töltöttem, már mint a NEVI vezetője, közvetlenül megismerkedhettem a részleg munkájával, és megbeszéltük a NEVI bekapcsolódását ebbe a tevékenységbe. Ez a részleg koordinálja az egészségmegőrzés programjait, a NEVI tudományos igazgatója, Makara Péter dr. igen jó kapcsolatokat épített ki a részleggel, intézetünk egyike a dohányzás elleni, európai küzdelem Collaborative Centre-jének, és októberben nálunk lesz egy fontos értekezlet, amelyen Európa vezető egészségmegőrzési és egészségnevelési szakemberei találkoznak, hogy az egészségpromóciós megközelítés fejlesztési és összehangolási lehetőségeit beszéljék meg. A részleg munkája nagyon érdekes, megcsodálhattam sokféle rendezvényt és programot, amit koordinálnak; a kitűnő szakanyagok sokaságát (amelyekből természetesen mindent magammal is hoztam, ami korábban hiányzott). Nagyon sok konkrét együttműködési lehetőség körvonalazódott, amit majd a továbbiakban rögzítünk, pl. Ziglio szeptemberi látogatása során.

Dr. Cees Goos és az ideiglenesen Kopenhágában dolgozó Moskalewitz számos szakemberképzési javaslattal is ellátott, megadva annak módját is, hogyan lehet ezekhez pénzügyi és szakmai támogatást kérni WHO-n belül és a vele kapcsolatban álló, más. nemzetközi szervezetektől. Ezekre a kérdésekre is vissza kell majd térnünk.

Végül J. Sampaio Faria – az elmeegészségügyi és mentálhigiénés kérdések regional officer, régi szakmai ismerős és együttműködési partner – kerített sort arra, hogy elsősorban a szuicidumkutatás, a mental health promotion és a poszttraumás stresszbetegségekkel kapcsolatos tapasztalatgyűjtés kérdéseit megbeszélje velem. Részletes tájékoztatást kaptam tőle a WHO segélyprogramjairól; az egykori Jugoszláviából menekültek és a horvátországi és szlovéniai menekülttáborokban élők mentálhigiénés problémáiról. Ezek a megbeszélések is tovább folytatódnak, Faria dr. gyakori vendég nálunk is (a NEVI-beli beiktatásom után külön megtisztelt azzal, hogy egy napra ellátogatott, köszönteni, és az együttműködés új lehetőségeit megtárgyalni), de szakkonferenciákon is gyakran találkoztunk.

A Kopenhágában töltött néhány nap nagyon intenzív és kellemes, ösztönző élmény volt. Minden estét az említett WHO szakemberekkel együtt töltöttem, otthonukban vendégként, ami ugyancsak nagyon megtisztelő. Kopenhága maga is nagyon érdekes volt, a szokatlan meleg az utcára csalta az embereket, odaérkezésemkor zajlott éppen a hatalmas karnevál a Labdarúgó Európa Bajnokság megnyerése öröme. A győzelem a dánokat nagyon fellelkesítette, így minden élénk és színes volt a városban, kellemesek voltak a séták, csak az

54. Európai Alkoholelles Akcióprogram, Korai Intervenció Program

volt a baj, hogy kevés idő jutott rájuk, a napot a Scherfigsvej 8-ban, a WHO-épületben, a Tuborg Sörgyár közelében, tárgyalótermekben töltöttem, este pedig a szép és gondozott kertvárosok házaiban beszélgettünk tovább. Igen hálás vagyok a meghívásért dr. Goosnak és dr. Zigliónak, ill. a többi tárgyalópartneremnek, és érdeklődéssel várom a szeptember elejei, következő látogatásomat, amikor nyilván ismét sok tanulásra, tapasztalatszerzésre lesz módom.

55. 36. Nemzetközi ICAA Kongresszus az alkoholról és a drogfüggőségről

Az International Council on Alcohol and Addictions (ICAA) 3-4 évente rendez nagy nemzetközi kongresszust (évente egy, vagy több kisebb rendezvény mellett), és az 1885-ben elindult sorozat így jutott most el a 36. számig. Az egyik legnagyobb NGO (nongovernmental organization) mindig egy-egy országos vagy regionális tagszervezetére bízta az ilyen kongresszusok megszervezését, amelynek azután a rendezvény kitűnő bemutatkozási alkalom, nemzetközi presztízsteremtő eszköz, és többnyire jó üzlet is, hiszen egy-egy ilyen alkalommal sokszor jóval ezer feletti résztvevő is összejön.

Az idei kongresszust a Scottish Council on Alcohol (SCA) rendezte Glasgowban, a skót fővárosban, amely 1990-ben Európa kulturális fővárosa címet kapta. Akkor nyílt meg a nagyszerű modern Royal Concert Hall, amely a közelében lévő zene- és képzőművészeti főiskolákkal együtt a kongresszus színhelye lett. A megnyitásra sikerült meghívni Diana hercegnőt, akinek – a szigorú biztonsági intézkedések közepette történő – megjelenése óriási médiafigyelmet biztosított a rendezvénynek.

Kb. 1000 résztvevő jött össze, és hallgatta meg a bevezetőkből a skótok növekvő aktivitásának részleteit, amelyet a lakosságra ránehezülő alkohol, drog és dohányzásprobléma ellen fejtenek ki. A SCA önkéntes szervezetei szinte az egész országrészt behálózzák, igen impresszívek a segélyhelyek, rendelések, telefonszolgálatok, gyógyító és rehabilitáló intézetek listái, amelyeket a kongresszus kiállításán kézbe vehettünk. A SCA koordinálja a skót egyház sokféle karitatív tevékenységét is, az alkohol és a drogok vonalán. Mindjárt a rendezvény elején kitűnt, hogy a SCA munkájához igénybe veszi a skót alkoholipar (főleg a nagy whiskygyárak) anyagi segítségét is, teret ad pl. a londoni centrummal működő ún. Portman Group akcióinak is (amely főleg alkoholos italokat gyártó és forgalmazó cégeket tömörít, és amelynek célja a mértéktelen, ill. káros ivás elleni harc), és a kongresszus megrendezéséhez is igénybe vette az alkoholipar támogatását. A résztvevők közül ezt többen is kifogásolták. A SCA azzal védekezett, hogy a gazdaság és az ipar erőforrásaira általában is szüksége van az alkohol és a drog elleni küzdelemnek és az ipar nem önzetlen támogatását mindenütt elfogadják, ha az ún. Employee Assistance Programme (EAP)-okról van szó, azokról a különböző rendszerekről,

amelyek az alkohol- és drogfüggő, illetve az ilyen szereket a munkahelyen, vagy a munkaképességet zavaró módon fogyasztó dolgozók korai kezelésbevitelét célozzák. Mint a korábbi kongresszusokon is (de talán nagyobb mértékben), e programok és rendszerek gyakran kerültek szóba az előadásokon, és egy külön egésznapos rendezvény is szolgált a kongresszuson belül az amerikai, kanadai, brit és skót tapasztalatok összehasonlítására. Az előadások között e speciális napon kívül is voltak beszámolók német, francia, spanyol, holland, sőt afrikai próbálkozásokról is e téren. Mint várható volt, a sok eredmény és siker mellett sok a nehézség és a kudarc is, eleven kérdés a munkahelyi programok hatékonysága, a módszertan az eredményességi vizsgálatokban, az érintett alkalmazottak motiválása, kezelésbevétele, gondozása stb. Az egésznapos szimpóziumot is iparvállalatok finanszírozták.

A kongresszus egyébként hasonló volt az előzőkhöz annyiban, hogy céljai szerint megpróbálta áttekinteni a nemzetközi alkohol- és droghelyzetet, különös tekintettel a változásokra, nagy figyelemmel a társadalmi (közösségi, regionális országos és országok közötti) akciókra, a politikai intézkedésekre és törvényes korlátozásokra az alkohol és a drogok ellen, valamint foglalkozni kívánt a kezelési módszerekkel és azok hatékonyságával. Mint a korábbi kongresszuson is, itt is cél volt a szakemberek párbeszédének és együttműködésének serkentése.

Ez utóbbi célt nagyon sok fogadás, találkozási alkalom, megbeszélés, gyűlés szolgált, és mint a korábbi rendezvényeken is, nagyon élénk eszmecserék és ismerkedések folytak. A plenáris előadások foglalták össze a főbb kérdéseket ezek pl. a WHO alkohol- és drogellenes stratégiájáról szóltak (P. Anderson, H. Emblad), az Egyesült Királyság, Kanada, USA politikájáról, a drogok iránti igényt fenntartó társadalmi tényezőkről, a család és a nők helyzetéről, az alkohol és a kábítószer elleni küzdelem szemléleti változásairól, a terápia új módszereiről, a nagy alkohol- és drogellenes kampányokról stb.

A WHO stratégiáját illetően azokról az elképzelésekről hallottunk, amelyekről már az Európai Regionális Iroda különböző szakértői tanácskozásai nyomán volt alkalmam beszámolni. Hans Emblad, a genfi központ kábítószerprogramjának vezetője azt mondta el, hogy a kábítószerterjedésének rendszertani korlátozása továbbra is cél, de be kell látni, hogy ennek hatékonysága kicsi, költségei növekednek (és itt utalt a kolumbiai katonai akciókra). Ehelyett a kábítószer iránti igény csökkentése (tehát a „supply reduction” helyett a „demand reduction”) a járható út, a lakosság felvilágosítása és mozgósítása, a veszélyeztetett csoportok körében végzett akciók, a korai és hatékonyabb kezelésbevitel stb. Előtérbe kerül az ártalmak csökkentése illetve mini-

malizálása, más vonatkozásban a kockázatok csökkentése. Ennek konkrét példáját a vénás droghasználók AIDS védelmén illusztrálták, az észak-amerikai országokban és Nyugat-Európában, az utóbbi években egyre inkább az Egyesült Királyságban is terjed az ingyenes tű és fecskendőcsere akció, és a kábítószeresek ingyenes kondomellátása, a megfelelő nevelő munkával együtt. Lényegében az alkoholipar is a „harm minimisation”, illetve „harm reduction” elvét hirdeti amikor a mértéktelen ivás ellen lép fel, illetve szeretné elérni, hogy amikor és akinek árt az ivás, akkor és az ne igyon. A mértékletes, „ésszerű”, „értelmes” (sensible) ivás a jelszó, a „bölc” ivás, amit a SCA is magáévá tett ún. „Drinkwise” kampányaiban. Számos kutatás eredményét mutatták be, amely szerint lehetséges a kockázatsökkentés, a vénás droghasználók rászoktathatók a fecskendőcsereére, a steril tű és fecskendő átadásakor lehet hatni rájuk, változtatnak szexuális viselkedésükön. A drogosok körében világszerte igen magas a HIV-fertőzöttség aránya, ezt – úgy látszik – sikerül visszaszorítani a tű- és fecskendőcserevel és a rájuk ható befolyásolási kísérletekkel (erre német, skót, holland és kanadai adatok mutatnak).

Az előadásokból kitűnt, hogy a társadalmi dezorganizációs folyamatok, amelyek a fiatalok tömeges droghasználatát, korán elkezdett italozását, illetve az idősebbek alkoholfogyasztásának növekedését eredményezik, nem nagyon változnak a világban. G. Belsasso Latin-Amerika nagyvárosainak drámai viszonyait mutatta be, az otthontalan, csavargó, bűnözésből élő fiatalok tömegei általában kábítószerfogyasztók is. Hasonló a helyzet az Egyesült Államok nagyvárosaival is. Mint L. Lay-Chappell chicagói adatai mutatják, a hátrányos helyzetű néger lakosság alkoholfogyasztása és alkoholizmusgyakorlása folyamatosan nő.

Eredmény tehát csak az integrált lakosságrétegek aktiválásával, és ezen keresztül a veszélyeztetettek reintegrálásával érhető el. A világban sokféle program, akció folyik, legalább 50 nagyobb ilyen programról számoltak be. Mint a WHO is tervezi, mozgósítani próbálják a gyakorló orvosokat az ártalmas ivás korai felismerésére és befolyásolására. Ennek számos kísérlete hatékonynak bizonyult, aránylag könnyen elérhető, hogy a veszélyeztetettek egy része csökkentse vagy abbahagyja az ivást. A szükséges beavatkozási idő nem nagy, ezt mutatják a brit „alcohol problems clinic” elnevezésű rendelési órák sikerei az alapellátásban, vagy az olyan skót programoké, mint a kongresszuson bemutatott DRAMS (Drinking Reasonably and Moderate with Self-control) program. Ha van sok önkéntes egység, rendelő, tanácsadó és szociális támogató szervezet, akkor a közösségi kampányok hatékonyak. Ezt ugyan-csak skót tapasztalatok mutatják, de számos kanadai és amerikai hatékonysági

kutatás is. Általában a nagy programok mindig hatékonysági vizsgálattal együtt folynak. Fokozott figyelem irányul arra – és erről is több előadás szolt –, hogy a veszélyes méretű vagy jellegű alkoholfogyasztás általában együtt jár a medicinális drogok kiterjedtebb használatával, a kábítószer kipróbálásával, a dohányzással és a gyakori kávéivással, illetve a HIV-fertőzés szempontjából kockázatos szexuális viselkedéssel. Ez a fiatal korcsoportokban (mint több reprezentatív felmérés, illetve célcsoportokra irányuló vizsgálat mutatja) egyértelműen így van, de különösen a kábítószerélvezők vonatkozásában, az idősebb iszákosokra is áll ez a szabály. Több vizsgálat szerint valamiféle sajátos ingerkereső magatartás (sensation seeking), illetve kockázatebecsülő mentalitás mutatkozik itt meg, aminek személyiséglélektani oldalról oki szerepe lehet a szenvedélybetegségek kialakulásában, de amit az egészségnevelő, egészségmegőrző kampányok során éppúgy figyelembe kell venni, mint a terápiában. Több közösségi akció ezért együttesen próbál hatni a kémiai anyaghasználat minden abúzszerű változata ellen.

Az akciók általában megpróbálják felhasználni a médiákat, különösen a helyi sajtót és kábeltelevíziót, de bőségesen kínálnak saját felvilágosító anyagokat is. Szinte minden nagy kampányprogram figyelmet fordít a közösségi vezetők, az orvosok és az egészségügyi dolgozók, az államigazgatás különféle értelmiségi alkalmazottainak megnyerésére, számukra egészen magas szintű statisztikai összeállítások, tudományos dolgozatnak beillő tanulmányok, könyvek készülnek. A lakosság felé irányuló anyagok és közlemények többsége családtagok, munkatársak, szomszédok, barátok felvilágosítását célozza, hiszen tőlük várható a közvetlen segítség. Maguk a veszélyeztetettek inkább csak figyelemfelkeltő anyagokat és alapinformációkat kapnak (hova fordulhatnak, mire számíthatnak, mit tegyenek stb.). Gyakoriak az olyan programok, amelyek egyszerre irányulnak a lakóközösségre, a munkahelyre és az iskolára. Az iskolai programok tucatjairól is hallhattunk, e téren kevés az újítás, viszont a bevált iskolai nevelési rendszerek értéke egyértelmű, és ezért mind több országban és területen vezetik be a drog és alkoholelleses védő nevelőprogramokat. Általában az iskolában kezdődik a problémák tudatosítása és erre az „awareness raising” hatásra próbálnak azután a veszélyeztetett korcsoportban (korai tizenévesek, serdülők, fiatal felnőttek) építeni. Néhány program egészen figyelemreméltó és az ICAA kongresszusainak egyik fő értelme, hogy az érdeklődők elkérhetik a módszereket, tapasztalatokat cserélhetnek.

Érdeklődést váltott ki a Harvard Egyetem programja, amely regionálisan, de lassan országos kiterjedésben próbálja terjeszteni az Egyesült Államokban az ún. „designated driver” mozgalmat. Ez arra serkent, hogy a társas összejö-

vetelek szervezésénél eleve gondoskodjanak józan vezetőről, aki hazaviszi azokat, akik italt fogyasztottak. Nagyon ötletes módszerekkel és az eredményességi vizsgálatok szerint hatékonyan terjesztik ezt a gondolatkört, illetve magatartásmódot.

A kongresszuson kb. 400-ra volt tehető az előadások száma, így mindent természetesen nem lehetett meghallgatni, és a sokféle témáról, érdekességről sem lehet beszámolni. Talán az érdemel említést, hogy új drogok vannak terjedőben (pl. a MDMA, 3,4-metiléndioximetamfetamin), illetve új medicinális drogokkal élnek vissza (Skóciában pl. egy ecstasynak becézett kodeinszármazékot injektálnak magukba szívesen a fiatalok), terjed a metadonkezelés, az opiátokhoz hozzászokottak elvonásában előszeretettel használják a naloxon, illetve naltrexat készítményeket. Figyelemre méltó volt, hogy a drogosokkal pszicho- és szocioterápiásan foglalkozók között két koncepció látszik terjedni, egyik a poszttraumás stressz koncepciója mint oki faktor. Szerintük ugyanis a drogosok gyermek és fiatalkora teli van traumákkal (több előadás szólt a fizikai és szexuális traumákról a drogosok gyermekkorában), amelyek feldolgozása elmarad. A másik koncepció a „multiple personality”, a többszörös, illetve fragmentált személyiség. Eszerint drogfogyasztó személyiségrészt mintegy leszakad a személyiség többi részéről, és patológiásan túlteng. E koncepciók gyakorlati alkalmazását nem sikerült részletesen megismerni.

A kongresszus nagyon érdekes és kellemes volt, ezért nagyon hálás vagyok, hogy dr. Eva Tongue, az ICAA ügyvezető igazgatója egy speciális ösztöndíj kapcsán váratlanul lehetővé tette részvételemet. Ugyanőt illeti köszönet azért is, hogy nagyon sok neves külföldi szakemberrel összehozott, és közreműködött abban, hogy az alkohol- és drogbetegek terápiájával és rehabilitációjával foglalkozó magyar szakemberek továbbképzéséhez igen jelentős külföldi támogatások konkrét ígéreteit szerezhettem meg. Így nemcsak nagyon tanulságos nemzetközi rendezvényen vettem részt, nemcsak Glasgow és a különös skót világ megismerésére nyílt alkalmam, hanem közvetlen munkám szempontjából is hasznos lépéseket tehettem.

56. Két látogatás Brüsszelben (Pszichiátria és pszichoterápia, szenvedélybetegségek, egészségvédelem)

1992 februárjában és márciusában kétszer is volt alkalmam rövid látogatást tenni Brüsszelben. Érdekes módon mindkét látogatás a flamand nyelvű brüsszeli egyetem (Vrije Universiteit Brussel, VUB) oktatókórházával (Akademisch Ziekenhuis, AZ) volt kapcsolatos.

Az első látogatás személyes meghívás nyomán jött létre. A múlt év áprilisában kongresszuson vettem részt Leuvenben, ezt a kongresszust a pszichiátriai etika tárgykörében szervezték. A pszichiátriai betegek és családjaik tájékoztatásának, felvilágosításának etikai dilemmáiról adtam elő. Már az előadás után közvetlenül is nyilvánvalóvá vált, hogy érdeklődést keltett az a koncepcióm, mely szerint a tájékoztatást nem célszerű kijelentésként, információnyújtásként értelmezni, hanem inkább kommunikációs folyamatnak kell tekinteni, amely maga is része a terápiának. Ez a kommunikációs folyamat képes a beteg, a család szükségleteinek, teherbírásának, együttműködési készségének megfelelő, a gyógyulást szolgáló tájékoztatást biztosítani és ez egyben meg is tudja előzni vagy oldani a tájékoztatással összefüggő gyakorlati és etikai nehézségeket, ellentmondásokat.

A kérdés iránt különösen belga kollégák érdeklődtek, velük erről még többször is beszéltem a fogadások alkalmával, vagy ebédszünetekben. Már ott felvetették, hogy szívesen látnák, ha újra ellátogatnék Belgiumba és ott az egész problémakört részletesen kifejteném és szemináriumszerűen feldolgoznánk. Őszre ebből konkrét meghívás lett és megtörtént, ami sajnos elég ritkán fordul elő, hogy 15-20 perces kongresszusi előadás további – és úgy látszik, tartós – szakmai kapcsolat kiindulópontjává vált. A VUB pszichiátriai tanszéke, A.W. Szafran professzor küldte a meghívást, február első hetére, ezen a héten került sor két szemináriumi napra, ezenkívül több látogatást és szakmai találkozót szerveztek számomra. Kértek előadást a pszichoterápia speciális etikai kérdéseiről is. Ezekre az alkalmakra eljöttek a környező városok belga egyetemeiről is Leuvenbe érdeklődő kollégák és munkatársaik. Minden költséget a VUB fedezett, az egyetem klubjában kaptam szállást.

A két programnap nagyon jól sikerült, részletesen megvitathattuk az etika pszichiátriai és pszichoterápiás vonatkozásait. Ez nekem is lehetővé tette, hogy tapasztalataimat és elgondolásaimat rendszerezsem, de sok újat is tanulhattam a belga viszonyok megismeréséből. A mindenütt jelentkező etikai dilemmákon kívül (kényszerbeutalás, a fizikai gyógy módok alkalmazása, a pszichoterápiás indikációk kérdése, az örökletesség lehetőségének megtárgyalása, a diagnózis etikája stb.) Belgiumban sajátosan mutatkozik az osztályok többségében folyó gyógyszerkipróbálás kihatása: a gyári protokollok kedvéért a betegeket gyakran gyógyszer vagy hatóanyagmentes kezelésben kell részesíteni bizonyos ideig, ez gyakran nem tesz jót nekik. Gyakori a beteg és a család ellenérdekeltsége, ezt nehéz a terápiában áthidalni. A nem együttműködő páciens kezelése is sok problémát vet fel, amelyek megoldása etikai konfliktusokat rejthet magában. Etikai gondok fonása a betegbiztosítás, a műhibavád elleni védekezés defenzív gyakorlata, a titoktartási kötelezettség és a sokféle szükséges igazolás, elszámolás stb. ellentéte, a rehabilitáció során az ellentmondás a beteg védelme, támogatása és a szükséges megterhelés, önállósítás között. Állandó probléma az önveszélyesség, önkárosítás, ill. a kóros agresszió kivédése. Sajátos problémák jelentkeznek gyermekek és serdülők kezelése során. Pszichoterápián belül az indoktrináció és az autonóm érés elősegítése között gyakran nagyon keskeny ösvény vezet. A beteg számos életvezetési döntése járhat itt is, miként általában a pszichiátriában, etikai nehézségekkel.

Mindezeket a kérdéseket nagyon alaposan meg tudtuk tárgyalni, sok konkrét eset került elő, és elgondolások születtek, hogyan lehetne e téren kutatásokat végezni, a problémamegoldó sémákat objektívalni, hogyan lehetne összehasonlítani a viszonyokat nemzetközi síkon. Folytatjuk majd a párbeszédet egymással, több résztvevővel külön személyes kapcsolat is kialakult. Általában elfogadták azt az álláspontomat, hogy minden etikai dilemma végső soron a terápiás team szintjén kezelendő és a szakemberek közötti konzultatív, szupervíziós viszonyban lehet igazán tesztelni. Az is közös nézet lett, hogy az etikai gondok nagyon is valós gyakorlati problémákból fakadnak és rendszerint ontológiai bizonytalanságokra mutatnak rá, vagy a nozológia, vagy a terápia elmélete terén. Új szempontként fogadták el a belga kollégák azt a tapasztalatot, hogy már a pszichiátriai diagnózis is etikai vetületekkel bír, amelyekre korán gondolni kell, ezt a depresszió példáján tudtam illusztrálni.

A látogatás számos érdekes benyomást hozott, ezeket a következőképpen lehet röviden összefoglalni:

1. Igen tarka, változatos a pszichoterápia képzési és gyakorlati szcénája Brüsszelben, nagyon erős a pszichoanalitikus hagyomány, a legtöbb vezető szakember ilyen képzést kapott, azonban a pszichoanalitikus terápia visszaszorulóban van. Azok a kollégák, akikkel találok, leginkább eklektikusnak vallották magukat. Nagyon fontosnak tartják a pszichoanalitikus szemléletet a terápiás tervezés szempontjából, de sok kognitív-behaviorális, személyközpontú és kommunikációs technikát alkalmaznak és általában mindig figyelemmel vannak a rendszerösszefüggésekre, a pár- és családindinamikai vetületre. Igen érdekes a betegbiztosítási támogatás és a tevékenységi jogosítás gyakorlata a pszichoterápia terén Belgiumban.

2. Sajátos a pszichoterápiás munka szervezése, az osztályok igen jól felszereltek, tágasak, főleg súlyos betegek kerülnek hospitalizálásra. Nagyon képzettek és professzionális viselkedésűek az ápolók, az ő feladatuk a pszichofarmakológiai munka jelentős része is, az orvosok rövid időt töltenek az osztályon, kifejezett irányító és felülvizsgáló szerepük van. Érdekes volt hallani, mennyi gond van a kis kórtermekkel. Egy-kétágyasak a szobák, volt alkalmam meglátogatni pl. a Brugmann kórházat, amely nagy területi ellátó egység, hatalmas területen, pavilonos elrendezéssel, óriási épületekkel. Kitűnt, mindössze 400 ágy „működik” itt, ebből 20 ágy a pszichiátriáé, emellett azonban nagyon jól felszerelt nappali szanatórium és védett rehabilitációs munkahely is van. A pszichiátriai osztályt Paul Sivadon tervezte és vezette egy ideig, az egyágyas, kényelmes kórtermekben a betegek szinte elveszettek érzik magukat, a tervezésben nem kapott megfelelő képviselést a csoportterápia, így azután súlyosan depressziós vagy szuicidális beteget nem is szívesen kezelnek ezen az osztályon. Általában a belga pszichiátria is kezd mindinkább járóbeteg-orientált lenni.

3. Ambulanter folyik az alkohol- és drogbetegek ellátása, nagyon erősen támaszkodnak különböző laikus szervezetekre, önszolgáltató csoportokra, de számos speciális ambulancia is működik. A Brugmann kórházban figyeltem meg, hogy szinte anonim módon elfogadják a drogbetegeket és detoxikálják, ellátják, roborálják őket, anélkül, hogy különösebben igyekeznének velük terápiás szerződést kötni. A betegek néhány nap múlva általában elmennek az osztályról, azonban szívesen jönnek vissza, ha ismét bajban vannak, rosszul érzik magukat, vagy valamilyen szövődmény jelentkezik. Szívesen visznek magukkal más drogot is, és néhány ilyen találkozás után a kialakult bizalom légkörében már gyakran sikerül a strukturáltabb kezelés, vagy a beteg elhelyezése valamilyen ambiciózusabb terápiás rendszerben. Mint elmondták, a drog- és alkoholproblémák halmozódnak a brüsszeli francia közösségben, a

flamand közösség talán a szorosabb családi és rokonsági rendszer miatt kevésbé veszélyeztetett, bár az ifjúság körében a droghasználat terjedőben van. Sok a HIV-pozitív beteg, erre a pszichiátriai ellátásban általában figyelemmel vannak.

4. Nagyon sok a vendégmunkás, menekült, emigráns. A Brugmann kórház pszichiátriai osztályán elmondták, hogy egy év beteganyagában 86 ország volt képviselve, nagyjából Európán kívüli országok, szinte minden arab és afrikai ország. A transzkulturális vonatkozások is nagyon előtérbe kerülnek a munkában, ezzel kiemelten foglalkoznak is, az osztály több nemzetközi kutatóprojektben is részt vesz. Az arab és afrikai kultúrák különböző hiedelmei és sajátos normái nagyon sok gondot okoznak a diagnózisban és a betegvezetésben.

5. Fejlett Brüsszelben a diákellátás, a VUB pl. igen jó tanácsadó központtal rendelkezik, amely eredményesen kezeli a vizsgakríziseket, az anticipatív szorongás, ill. az exhaustív-depresszív állapotok különböző formáit, amelyek a diákok körében gyakran jelentkeznek. Nagyon jó módszercsomagokat alakítottak ki, sajátos csoportterápiás technikáik vannak, az ambulanciát vezető Anne Clara doktornő az egyik legérdekesebb beszélgetőpartner volt a látogatás során a sajátos ambuláns tapasztalatok birtokában.

A látogatásról sok érdekes elemet lehetne még említeni, talán az ún. Auschwitz-alapítványról érdemes még megemlékezni, amelyben igen figyelemreméltó kutatások folynak a Holocaust túlélőinek és leszármazottainak patológiájáról és a nyugat-európai szélsőjobbaldali ideológiai áramlatok szociológiai és pszichológiai háttértényezőiről (itt kell megemlíteni, hogy az alapítvány két kiadványát, amelyet még Leuvenben az alapítványban is közreműködő Szafran professzortól kaptam, ismertettem a *Psychiatria Hungarica* 1991. 5. számában (431-432. o.), ugyanebben a folyóiratban (1991. 4: 329-332.) található meg a beszámoló az említett leuveni kongresszusról is). Ennek az alapítványnak munkáiról és a belgiumi zsidóság helyzetéről is sok figyelemreméltó szakmai, ill. tudományos információt szerezhettem. Az első látogatás tehát nagyon sok tanulsággal, benyomással járt.

Meglehetősen intenzív élményt jelentett a második látogatás is. Ez konferencia volt, amely a VUB területén folyt, az egyetem közegészségügyi intézete rendezte, a WHO védnöksége alatt, tárgya az egészségpromóció helye, lehetősége volt a család rendszerében és erőterében. Ezt E. A. Sand professzor rendezte, aki a WHO egyik kollaboratív centrumát, a VUB közegészségügyi intézetét a gyermekkori megelőzés egyik központjaként működtette Európában. Mint kitűnt, az intézet közel 600 más megelőzési programmal és intéz-

ménnyel volt kapcsolatban és nagyon sok közös kutatást végzett. Főleg a felnőttkori krónikus megbetegedések gyermekkori megelőzési lehetőségeivel foglalkoztak, ill. az egészséges, egészségpromóciós viselkedés motivációinak és sémáinak gyermekkori, családi kialakításával. Sand professzor nyugdíjba készül, és mintegy munkásságának összefoglalása, áttekintése érdekében szervezte a konferenciát. A VUB egyik előadótermében, kb. száz résztvevővel került sor a rendezvényre, angol és francia szimultán tolmácsolás mellett. Ezen a konferencián nem adtam elő, viszonylag későn derült ki, hogy van lehetőség arra, hogy részt vehessek, a NEVI segítségével, a részvételi költségek elengedése mellett (ez gyakorlatilag ellátást jelentett, mert a konferencia étkezés és gazdag szociális programot, fogadásokat nyújtott).

A konferencia tulajdonképpen áttekintette, mit tehet a család az egészséges életmóddért. A tennivalók igen széles rangsora bukkant elő, ezek egy része ma még inkább elméleti lehetőség, más része viszont kísérleti program vagy kutatási téma. Főleg az étkezési, a kardiovaszkuláris és bizonyos mentálhigiénés problémák, betegségek megelőzésében látszanak reális lehetőségek. A konferencia előadásából az tűnt ki, hogy a család szocializáló, magatartásprogramozó szerepén túlmenően, a védő, támaszadó szerepe a jelentős, ez teszi pl. az idős emberek egészségvédő, ill. gyógyító ellátásában fontos tényezővé. A családi rendszer védő szerepe a különböző életkorokban egyaránt képes hatni az egészségvédő viselkedés, vagy a terápiás együttműködés szempontjából hátrányos demoralizáció, depresszió ellen. Igen nagy a család jelentősége a fogyatékosok és a krónikus beteg családtagok ellátásában.

Az előadások a legkülönbözőbb oldalról vizsgálták meg ezt a kérdéskört. Iona Kickbusch WHO tisztviselő, az egészségpromóciós programok irányítója, általános elméleti keretet nyújtott, utalt arra, hogy az egészségnek az ottawai charta nem önálló cél szerepét tulajdonította, hanem az életminőség tényezőjének tekintette. E tekintetben a család az általánosabb cél, az értelmes emberi élet értékeinek és mintáinak közvetítője is. A család mintanyújtó szerepét húzta alá Cees Goos, az Európai Regionális WHO Iroda új drog- és alkoholprevenció vezetője, aki a családnak központi jelentőséget tulajdonított a drog- és alkoholabúzus, ill. dependencia megelőzésében.

A család maga is problematikus rendszer, ezzel is több előadás foglalkozott, egyrészt dezorganizációs lehetőségek rejlenek benne (erről a családon belüli erőszak kontextusában volt szó), másrészt traumatizálhatja, károsíthatja a benne felnövő gyerekeket, ezek megelőzése nagyon fontos. Szóltak a családon belüli szexuális traumatizációról, de ezt az aspektust nem tárgyalta eléggé részletesen a konferencia, tulajdonképpen hiányzott a válás és követ-

kezményeinek számbavétele is. Több szó esett viszont a marginális, ill. a más kultúrákból származó családok speciális problémáiról.

Végző soron a konferencia át tudta tekinteni az életciklust, de nem volt képes igazán integrálni a kérdéskört. Sokan hiányolták pl. az iskola, ill. a gyermekorvosi ellátás és a családi egészségpromóció közötti kapcsolat korszerű elméleti értelmezését, különösen a lehetséges elméleti kölcsönhatások szempontjából. Az előadások többsége nagyon is konkrét és kis skálájú vizsgálatról vagy programleírásról számolt be, a nagyobb elméleti összefüggések kifejtésére viszont a fő előadások kb. 20 percnyi ideje nem volt elégséges.

A konferencia kitöltötte az egész napot és az esti szociális programokkal néha az éjszakába is nyúlt, így igencsak igénybe vette a résztvevőket. Sajnos, az említett kritikát végül nekem is osztanom kellett, nem állt össze megfelelően integrált képpé a konferencia, nem alakult ki olyan konszenzus, vagy konklúzió, amely továbbmutatott volna, nem vált világossá, hogy a családi aspektus később kap-e szerepet az egészségvédelem gyakorlatában, kíván-e a WHO/EURO ezzel foglalkozni, mi lesz ebben a brüsszeli tanszék szerepe stb. Mint kihívás, nagyon jó volt e rendezvény, valóban kikényszerítette a figyelmes hallgatóból, hogy ezt a témakört végiggondolja, így egészében azért nagyon hasznosnak tudom tekinteni a részvételt. Számos kapcsolatra is adódott lehetőség, egyrészt a francia és belga területi egészségvédelmi szervezetek munkáját ismerhettük meg, másrészt több ország érdekes próbálkozását, kezdeményezését. Jelen volt egy szlovák egészségügyi államtitkár is és az egyik főelőadó volt Zdenek Kucera pszichológus, családterapeuta, aki most a prágai „NEVI” igazgatója, és aki a családterápia szempontjából próbálta áttekinteni a családi szocializáció rendszerösszefüggéseit és azok kihatását az egészséggel kapcsolatos magatartásra. Sok szó esett a várható európai integráció következményeiről az egészségvédelemmel és a család helyzetével kapcsolatban is.

Azért is volt érdekes számomra ez a második látogatás, amit pár héttel az első után tehettem, mert nagyon jól mutatta, hogy bármennyire is fejlett Brüsszelben és a VUB-ben a pszichiátria és a pszichoterápia, bármennyire is gazdag és jól ellátott hozzánk képest, ott is viszonylagosan háttérbe szorul a „mainstream” medicinával, ill. az egészségügyi adminisztráció, ill. szervezeti irányítás szakmaival és intézményeivel szemben. Az sem tanulság nélkül való, hogy az egészségvédelem ott sem igazi prioritás, habár Belgium, helyzeténél és multilingvális adottságainál fogva, igen közel van a WHO/EURO centrális programjaihoz.

57. Groningen és környéke alkohol- és drogellátása

A Geneva Initiative on Psychiatry munkájáról a pszichiátriában, reformtevékenységben érdekelt kelet-európai szakemberek körében már többször volt alkalom beszámolni, legutóbb a *Szenvedélybetegségek* 1995.1. számában (61. oldaltól), a reformerek második találkozásával kapcsolatosan, amely 1994 szeptemberében Driebergenben volt. Már akkor megszületett a döntés, hogy a reformerek csoportja most már túl nagy, a networking tevékenység megmarad, de találkozókra ritkábban kerül sor, inkább az egyes „szubnetworkök” találkoznak, tehát azok a szakemberek, akik egy-egy témakörben érdekeltek különösebben. Magam az alkohol- és drog-szubnetworkbe jelentkeztem, ennek néhány tagját most a GIP (a Geneva Initiative... rövidítése) egy holland állami ösztöndíj segítségével négynapos tanulmányútra hívta meg. Az ösztöndíj egészségügyi menedzserek egyhetes látogatását szolgálja, így egy hétre való programot kellett hozzá benyújtani, viszont az utazási és szállásköltségeket csak úgy lehetett ebből kigazdálkodni, ha négy napon belül végrehajtottuk a programot.

Igy azután a nyolc szakember (két orosz, két ukrán, albán, cseh, szlovák és magyar) igen megerőltető, de érdekes napokat élhetett át Groningenben és környékén, voltak olyan napok, amikor csak az autót több száz kilométert tett ki. Eelde városában volt a lakóhelyünk, innen jártunk a környék börtöneibe, drogambulanciáiba, drogellátó és alkoholosztályaira, terápiás közösségeibe. Az eeldei nagy drog és alkoholkezelő intézetben dolgozó Misha Nehrad, prágai származású, de már hosszabb ideje Hollandiában élő pszichiáter volt a kis csoport szakmai vezetője, és a programban részt vett a GIP két vezetője, Robert van Voren GIP-főtitkár és Jan Vermeijer is. Az egyes meglátogatott intézményben a helyi szakemberek számoltak be munkájukról, ahol lehetett, páciénst, klienst, ill. börtön esetében elítéltet is bevonva.

Mint a látogatásokból és a beszélgetésekből kiderült, a holland pragmatikus megközelítés most már komoly eredményeket mutat az alkohol- és droghelyzetben, anélkül, hogy különösebb korlátozó intézkedéseket kellene hozni. A kemény drogok hozzáférhetőek, megindultak a kísérletek heroin gyógyszerári kiadásának bevezetésére, kb. 10.000 ember kap metadont, nem a szí-

gorú nyugat-európai kritériumok szellemében, hanem az ártalomcsökkentés elvének jegyében. A metadont elfogadó drogos ugyanis ellátható, védhető bizonyos kockázatokkal szemben, motiválható kezelésre, elfogad tiszta tüt és fecskendő, ha még időnként vénásan használ drogot. Külön részprogramok készültek a drogosok elérésére, pl. streetworkerek dolgoznak, az ambulanciák elfogadják a jelentkezőket névtelenül is, az absztinencia nem követelmény, de általában cél, amelyet a drogellátó intézmény megpróbál megvalósítani. Motiváló interjúk, család, pár és csoportterápiás beavatkozások, a detoxikálás elvégzése, a korán megkezdett csoportfoglalkozások stb. mind ezt szolgálják. Gyógyszert leginkább az alkoholisták kapnak, a drogosok ápolással, törődéssel aránylag könnyen átsegíthetők az elvonási tüneteken, különösen a heroinistákkal jók a tapasztalatok, a gyógyszermentességben a szakemberek szimbolikus tréninget látnak a drog nélküli problémamegoldásra. A drogambulanciákban mindenféle emberi segítséget megkapnak a kliensek, szükség esetén pénzügyi ellátást, átmeneti segílyt is, de külön programokban tanítják, ill. reszocializálják őket a felelős pénzkezelésre, ügyintézésre, a személyi tisztaságra. A krízisintervenció mindig előnyt élvez, ezután kerül sor a kapcsolatfelvételre a családtagokkal, esetleg a kettő között rövid hospitalizációt iktatnak be, majd pedig a csoportfoglalkozások és a programok ideje jön el. Hollandiában általában az idősebb drogbetegeket és az átlagos alkoholistákat hasonlóan kezelik míg a különösen sok akut problémát okozó fiatal drogosokkal együtt kezelik a fiatal alkoholistákat. Az alkohol- és drogbetegek általában azért sem válnak külön, mert rendszerint együtt fogyasztják az alkoholt és a drogot a hollandok, különböző, de időnként változó súlypontokkal. A drogot is váltogatják. Groningen vidékén nagy szerepet kap a páciensek és családjaik tájékoztatása és pszichoedukációja. Elválasztják a drogosoktól és az alkoholistáktól a szerencsejárték-szenvedéllyel küzdőket, ezek általában 20 éves kor alattiak, főleg nyeroautomatákhoz szoktak hozzá.

A járóbetegellátásban a szociális munkások végzik a tevékenység nagy részét, ők irányítják a foglalkoztató, sőt a terápiás csoportokat is, ezek közül a speciálisakat klinikai pszichológusok irányítják. Egy ambulancián (általában kb. 40 főnyi a személyzet) egy pszichiáter dolgozik, főleg gyógyszerterápiás, diagnosztikus ill. súlyosabb szövődményellátó munkát végez. A legjobban az ambulanciák jó légköre, dinamikus munkastílusa tetszett, valódi kliensszakértő viszony alakul így ki, a drogosok és alkoholisták valóságos otthonnak tekintik az ambulanciát.

A kórházi ellátás főleg az akut kezelésre szorítkozik, utána a betegek vagy visszakerülnek a járóbetegellátásba, vagy terápiás közösségekbe utalják őket.

Ezek totális közösségek, többhónapos, akár egyéves programokkal is a teljes napot strukturálják, a betegek mindent maguk szerveznek meg és végeznek, nagyon sok csoportfoglalkozásuk van, és általában különböző ideológiákat is átvesznek (pl. a 12 lépéses program, a meditáció, a különböző büntető szerepek felvétele stb.). A foglalkozásban sok a rítus, a közösség tagjai felelősek egymásért. A program általában két részből áll, az elsőben a személyiségformálás, a terápia, a kémiai anyag vagy a másfajta szenvedély pszichoszociális pótlása áll előtérben, a másodikban a felkészítés az intézményen kívüli életre. A feltételek mindenütt igen kedvezőek a terápiás közösségek nagy villákkban, természetvédelmi területeken vagy nagy birtokokon, erdőkben kapnak helyet, igen jól felszerelve, míg az ambuláns intézmények lakóterületeken, lakóházakban találhatóak, kevés feltűnő azonosítási jellel. Így nem látható azonnal, hogy az ambulanciára igyekvők feltétlen betegek vagy hozzátartozók.

Legnagyobb meglepetést a börtönök okozták. Jól őrzött, modern építmények, belül nagy szabadsággal, autonómiával. Minden rabnak joga van külön cellára, ebben televízió is van, és az elítélt kérhet számítógépet is, a cellát maga rendezheti be. Napközben a cellák nyitva vannak, és a rabok szabadon közlekednek az intézmény területén, ahol társalgók, büfék, könyvtárak, színjátszó körök, műhelyek, tornatermek vannak. Lehet látogatókat fogadni, a jó magaviseletűek ki is mehetnek. A drogok bevitelét nem ellenőrzik szigorúan, itt is az általános holland pragmatizmus érvényesül. Természetesen elvonó programokat kínálnak, van akut ellátás, és különböző kedvezményekkel próbálják ösztönözni a rabokat, hogy ún. drug-free egységekben vállaljanak részvételt. Ilyenkor el kell vállalniuk, hogy drogokkal nem kerülnek kapcsolatba. Mivel sokat tudnak foglalkozni az elítéltekkel, sok embert tudnak motiválni a börtönön belüli elvonásra, kezelésre. A komolyabb vétséget elkövető drogosok választhatnak börtön vagy hosszabb kórházi és közösségi kezelés között, a drogosok 95%-a (a látogatás nyomán érthetően) a börtönt választja.

Igen sok részletet lehetne még elmondani a tapasztalatokról, hiszen napi 4-5 órányi alváásra futotta csak, állandóan mentünk valahová, találkoztunk valakivel, és még az étkezések alatt is közös élményeinkről beszélgettünk. Megbizonyosodhattunk, hogy az alkohol- és drogprobléma kezelhető, nem reménytelen terület, igaz, sok ráfordítást igényel. De mint vizsgálatok adatai nyomán is meggyőződhattunk, a kezelés, ellátás költség/haszon hányadosa jó, az alkoholisták száma csökkenni látszik, a súlyos drogbetegeké nagyjából állandó szinten stagnál, ez 20-25.000 fő az egész országra nézve. A társadalom nagyon toleráns a betegekkel szemben, és a modern kezelési, ellátási formák ezt csak fokozzák. Ugyanis a szakemberek mindig biztosítják a kapcsolatokat a

lakóhelyi közösségekkel és a civil szervezetekkel, és közvetítenek a betegek és a hatóság között. A megismert szakemberek és aktivisták igen jól képzett, elkötelezett emberek voltak, köztük többen maguk is egykor drogosok vagy alkoholisták, bár itt, Groningenben és környékén sokkal több volt az olyan szakember, aki nem volt szenvedélyek egykori hódolója, hanem a professzionális képzés során sajátította el a megfelelő bánásmódot a drogosokkal, alkoholistákkal. Más helyeken, pl. korábbi látogatásaim során Amszterdamban és Rotterdamban nem így tapasztaltam.

A megfelelő alkohol- és drogellátás tehát hatékony ágazat, a másodlagos és harmadlagos megelőzés fontos területe, és tapasztalatai, szakemberei az elsődleges megelőzésben is szerepet játszanak.

VI.
FOGLALKOZÁSOK,
PROBLÉMATERÜLETEK,
KISEBBSÉGEK
A) A VEZETÉS
LEHETŐSÉGEI ÉS
GONDJAI

58. Az emberi erőforrások mozgósításának pszichológiai kérdései

A munkaszervezetek működési hatékonyságát fokozni igyekvő új szervezési és vezetési próbálkozások elsősorban az emberi erőforrások mozgósításával operálnak, és itt is főleg az ember „irracionális” lelki szféráiban keresik a beavatkozási pontokat. Arról is szó volt, hogy ezek az irracionális jelenségek – azért is indokolt a jelző mellett az idézőjel – csak a mindennapi gondolkodás szűk, megszokott érdekracionalitása szempontjából minősíthetők másodlagosnak vagy jelentéktelennek, mert igazában olyan folyamatokat és erőket jelentenek, amelyek az ember érzelmi élete szemszögéből nagyon is fontosak, és amelyekkel a kulturális hagyomány, továbbá a művészet (elsősorban a dráma, a film vagy az irodalom) sokat foglalkozik. Az idevonatkozó szabályszerűségek ezért a kultúra részét kellene, hogy alkossák. Az itt mutatkozó hiányokat pótolja nálunk napjainkban az intenzívvé vált pszichológiai könyvkiadás és a tömegkommunikációs eszközök fokozott érdeklődése a pszichológia és a társadalomtudományok iránt. Természetesen az emberi erőforrások gazdaságosabb felhasználásának vannak a szervezet szokott munkamódjaival is szabályozható, logikailag jobban követhető módjai, pl. lehet fokozni az ösztönzést, lehet rugalmasabban bánni a munkaidővel, lehet másodlagos ösztönzési formákkal (pl. versenyszerű helyzetekkel) próbálkozni vagy egyáltalán megfelelőbben szervezni. Ezek azért nem tartoznak a pszichológus illetékességi körébe, mert ezekkel a munkaszervezetek hagyományos szakemberei kellően tisztában vannak, és lehetőség szerint próbálkoznak is. Ugyanakkor az emberi kapcsolatok terén és a csoportviszonyok vonatkozásában nagyon sok hibát követnek el.

A formális szervezési viszonyok és a sajátyszerű „irracionális” jelenségek között átmenet a munkaköri szerepek problémája, amelyet a szociálpszichológusok sokat vizsgálnak. A munkaköröket általában a munkafolyamatok szemszögéből és érdekében szervezik, emellett azonban kiderült, hogy ezek lélektani megterhelése, stressztartalma a munkahellyel járó emberi viszonylatok, kommunikációs folyamatok függvénye. A nehéz vagy bonyolult munka ezért sokszor fárasztóbb, mint a könnyebb, amivel viszont sok emberi érintkezés jár. A klasszikus munkapszichológia általában sokszor hibáztatja a munka monotóniáját. Ez bizonyos munkakörökben lehet zavaró vagy egészségkáro-

sító, de a tapasztalat szerint az emberek gyakran preferálják a monoton munkákat, vagy éppen maguk teszik tevékenységüket monotonná, mert ezzel rutint tudnak kialakítani, ami szinte az automatizmusig fokozódik, és ezáltal bizonyos kiszámíthatóságot, biztonságot tudnak belevinni munkájukba. Számos munkakörben – különösen egyszerűbb emberek – szinte ragaszkodnak a monoton munkafolyamatokhoz. Az emberi viszonylatok a kutatások szerint négyféle mechanizmussal képesek a szükségesnél nagyobb és a személyiség számára ártalmas pszichológiai stresszeket okozni. Egyik a szerepbizonytalanság tényezője. Ha valaki bizonytalan abban, hogy munkakörében mit kell tennie a többi munkakör viszonylatában, milyen jogköre van, mit várnak tőle, hogyan kell bánnia partnereivel, ez nagy belső megterhelést jelent. Több emberrel együttműködő munkakörökben a betanulási időszak egyik legfőbb problémája ez. Itt is azután kialakul valamilyen rutin. Ismét szerepbizonytalanság támadhat, ha a szervezet változása miatt a megszokott feladatkörök átrendeződnek. A szervezet külső feltételeinek romlása éppúgy okozhat ilyen helyzeteket, mint a szervezet növekedése vagy differenciálódása. Elmondható, hogy a vezetők nagyon gyakran élnek át a szerepbizonytalanságot a maguk munkakörében, amikor megkezdik vezetői működésüket. Ha a vezetői hatókör kitágul, ugyanilyen bizonytalanság állhat elő. A szerepbizonytalanság, miként a szerepekből származó többi interperszonális stresszforma azért veszedelmes, mert maga a benne szenvedő ember nem látja át tisztán, nem is nagyon érti, mi van vele, hiszen a tevékenységének tárgyára figyel, elméletileg tudja, mit kell tennie, nem tűnik tehát számára a munkakör problematikusnak. Az emberekkel való bánást természetesnek, magától értetődőnek tekinti, és úgy véli, hogy az neki nem okozhat nehézséget. Egy másik stresszforma a szereptúlterhelés. Ez arra vonatkozik, hogy bizonyos szerepek annyi emberi kapcsolattal, kommunikációval járnak, hogy azt a személyiség képtelen kézben tartani, nem tud mindenkihez a kellő módon egyedileg viszonyulni. Ismét a vezetői szerep olyan, amely gyakran túlterhelődik, de ilyen lehet az orvos, az ügyfélszolgálati tisztviselő, a különböző kampányok irányítója (pl. a bűnügyi nyomozások irányítója, mint ahogy ennek túlterheltségét a bűnügyi filmek, televíziójátékok mutatják) stb. Harmadik stresszforrás a személyiség és a szerep ellentétéből fakadhat. Sok ember személyisége nem alkalmas a sok kommunikációval és sokféle emberi relációval járó szerepekre, pl. a gátoltság, a befelé fordulás vagy valamilyen önértékelési zavar miatt. Más ember egyszerűen kommunikációs defektusokban szenved, pl. a nem-verbális kommunikáció felfogásának nehézségei nagyon gátolják a gyors kommunikációkat vagy a problémamegoldást különféle – esetleg érzelmileg feszült – emberi helyzete-

tekben. A vezetők között is sok olyan akad, aki személyiségénél fogva nehezebben a vezetői munkakörben, ilyenkor általában hosszabb időn át sikerül csak begyakorolni a szerepet. Nagy a veszély, hogy a vezető kóros kompenzációkkal, pontosabban, környezetére és a szervezetre nézve káros, hátrányos kompenzációkkal (amelyek a személyiség felől nézve minősíthetők kórosnak) alakít ki maga körül valamilyen egyensúlyt (pl. túlzottan agresszív lesz, gyanakvó, sértődékeny stb.). Ilyenkor vezetőképzés keretében komoly pszichológiai segítséget lehet nyújtani a személyiség és a szerep közelítésében. De a személyiség nem csupán a vezető szempontjából lehet relatíve alkalmatlan, pl. az izgékony, ingerlékeny ember hátrányban van a türelmet igénylő munkakörökben, a félénk vagy gátolt nem válik be újságírónak, kérdezőbiztosnak vagy ügynöknek, szemérmes és zárkózott nő nem tud sikeres felszolgáló lenni stb. Ilyenkor a munkakör szerepviszonylatai gyakorlatilag állandóan ingerlik, túlterhelik a személyiség sajátos érzékenységeit. Végül, negyedszer, sok stresszforrás a szerepkonfliktus. Ez többféle is lehet, különböző szerepvonatkozások között állhatnak fenn konfliktusok, ilyen pl. a már közhelyszerűen emlegetett kettős lojalitás, amiben a művezetők szenvednek (egyszerre kellene eleget tenniük beosztottjaik és főnökeik elvárásának), de fennállhatnak egy szereprellációban belül is. A vezető szerepkörében egyidejűleg várhatja a dolgozó a munkák határozott kiszabását és megkövetelését (ami egyben általában át is veszi a felelősséget a dolgozótól), de a demokratizmust és az egyéni érdekek tekintetbevételét is. Minden munkatársi viszonyban konfliktus állhat elő a formális szerepkövetelmények és az informális személyes viszony igényei között, ebből azután nyílt feszültségek is támadhatnak.

A szerepből eredő stresszek többnyire teljesítményzavarokban, mulasztásokban, tüneti viselkedésmódokban, személyek közötti veszekedésekben, haragokban mutatkoznak, és a megjelenési forma gyakran el is kényszeríti őket. Ilyenkor tüneti „gyógymódokat” próbálnak ki, büntetésekhez, áthelyezéshez, átszervezéshez folyamodnak. Néha az kellene, hogy a figyelmet mélyebb rétegek felé terelje az a tény, hogy ugyanabban a munkakörben különböző emberek hasonló nehézségekbe bonyolódnak. Az okok az empátia, a beleélő megérzés révén érthetőek meg. Ha ez a vezetőnek sikerül, általában több megoldás adódik számára a helyzetre: pl. változtathatja a munkakörön, a feladatki-szabáson, a formális kapcsolatokon, vagy pedig türelemmel lehet egy darabig, amíg valaki a dolgába beletanul, vagy amíg a viszonyok nagyon megterhelők. A szervezeteken belüli, interperszonális eredetű stresszformákról terjedelmes szakirodalom szól, jó összefoglalás: R. L. Kahn et al. műve.

A szerepproblémákban – mint említettük – erőteljesebben megvan a racionális oldal, legalább a megoldások irányában. Alig található azonban ilyes aspektus a csoportviszonyokban. A csoportok hangulatainak és érzelmi dinamikájának megértése pedig a vezetés és a csoportok involvációja vagy kreativitása szempontjából nagyon fontos. A csoportok rejtett áramlatai ellentmondásos erőket mozgatnak, amelyek között oszcilláló, időszakos egyensúlyok alakulnak ki. Például a csoportok egyidejűleg igénylik a vezető tekintélyét és küzdenek is ellene, meg is akarnak nyilvánulni, és alakítóan akarnak beleszólni a munkafeladatokba, meg különféle rejtett félelmek vissza is tartják őket. Az adott viszonyok a kommunikációból érthetők meg, de annak olyan elemeiből, amelyek véletlennek vagy lényegtelennek látszanak, vagy pedig az érdeemi kommunikációs folyamatok nem-verbális, ill. metakommunikatív tényezőiből. A csoportok megértéséhez kell, hogy a vezető valamilyen kapcsolatban legyen velük. A vezetők néha teljesen kivonódnak az őket körülvevő csoportokból, ilyenkor a csoportok feszültségeitől mentesülnek, viszont azok befolyásolásának lehetőségét is elveszítik és fel sem tudják használni a csoportok kreatív erőit. Az alkotás és a kutatás terén a csoportok felhasználása pedig elengedhetetlen.

A csoportokkal való kontaktus a vezető számára azért is fontos, mert saját személyiségére vonatkozóan a legfinomabb és legközvetlenebb visszajelentéseket a csoportokból szerzi, ill. szerezheti. Különösen változtatások, intézkedések pszichológiai hatásait mérheti le a csoport hangulatán és viselkedésén. Ésszerű vagy szükségszerű szervezeti lépéseknek lehetségesek lélektani „mellékhatásai”, amelyeket azután valamiképpen mindig kezelni kell. Jellegzetes pl., hogy a huzamosabb időn át stabil körülmények között működő formális csoport vagy szervezeti alegység különösebb ok nélkül is berzenkedik minden változtatástól, ennek mélyén a rutin féltése, a megszokotthoz való ragaszkodás rejlik. Lehet, hogy kis idő múlva a csoport már örül a változásnak és átlátja annak előnyeit, de előtte egy darabig felfut a feszültség. Gyakran a csoport reakciója alkalmas arra, hogy szélesebb skálájú szervezeti intézkedés emberi hatásai legyenek megsejthetők. A csoport igen érzékeny közeg, ebben a vezető átélheti, hogy bizonyos reakcióival, kommunikációs stílusjegyeivel negatív, másokkal pozitív hatásokat vált ki embereken, miközben közlése vagy tette alapján véve ugyanaz volt. Ez a terület nagyon lényeges önismereti szféra a vezető számára. Vannak vezetők, akik munkatársaikat szükségtelenül irritálják tónusukkal. Az autoritatív vezetői magatartás gyakran stíluskérdése, és gyakori, hogy az ilyen vezető tudatos szándéka egészen más, tö-

rekszik a demokratizmusra mégis, ahogy kommunikál, az megközelíthetelenséget, ridegséget, fensőséget sugall.

A csoportok fontossága miatt történik mindenféle pszichológiai fejlesztés és képzés a vezetők számára csoportközegben. A tanuló csoportokat általában azonos rangú és társadalmi helyzetű, de egymást nem ismerő, egymással kapcsolatban nem álló emberekből szokták összeállítani, hogy a képzés kísérleti helyzetében ne kelljen tartaniuk egymástól. Magyarországon a vezetőképzésben általában nehezítő tényező, hogy a vezetők ismerik egymást, ezért főleg csak olyan csoportok állíthatók össze, amelyek nem mennek bele túlzottan a személyes szférába, hanem inkább a gyakorlás szintjén maradnak. A csoportok előnye, hogy a képzést végző szakemberek szempontjából gazdaságos munkamódot tesznek lehetővé, hiszen egyidejűleg több emberrel foglalkozhatnak. Lélektani előny, hogy a csoportban általában automatikusan szabályozódik az egyén bevonódása és megterhelése. Minden pszichológiai fejlesztésben, képzésben a lényeges folyamat a szokottnál intenzívebb visszajelentés-áramlás, ez általában megterheli a vezetők énképét, önértékelését ebből feszültségek támadnak; ezek a feszültségek komoly stresszeket jelenthetnek. Nagyobb lelki instabilitás vagy pszichoszomatikus tünetképzési hajlam esetében nem is ajánlják a vezetőknek a részvételt ilyen csoportokban. A csoport közegében mód van arra, hogy valaki kissé visszahúzódjon, kivonja magát, ha a csoportfolyamatot lelkileg túl megterhelőnek érzi. A csoportokban mintegy górcső alá kerülnek azok a szubtilis kommunikációs események, amelyek az emberek közötti kölcsönhatásokat létrehozzák és a visszajelentéseket közvetítik. Az ilyen csoportokban a vezető mindig önismeretet is tanul, mert ráismer érzékenységeire, gyengeségeire, jónak vélt képességeinek hátrányos oldalaira – vagy pedig megszokott kommunikációs módjainak túlzott sztereotípiáira. Az önismeret gyarapodása általában nem jól megfogalmazható tételezésekben, hanem inkább sejtésekben, érzésekben nyilvánul meg. Az ismeretnél fontosabb a kommunikatív képességgyarapodás. Ezt segíti a jobban megértett interperszonális visszajelzések nyomán lehetővé váló árnyaltabb belső viselkedésszabályozás, valamint az, hogy a csoportközegben van alkalom új viselkedésformák, új kommunikációs módok kipróbálására, ehhez a csoport tagjai ösztönzést és mintákat is kapnak.

A képző csoportokban a csoport egészének dinamikáját is jobban megértik a vezetők, elsősorban saját helyzetükből eredően. Amiket ők éreznek a csoportokkal foglalkozó szakemberek iránt – akik a képzési folyamatban velük szemben vezető helyzetben vannak –, azokhoz hasonlókat az ő beosztottjuk is

gyakran érez a szervezet eleven viszonyai között irántuk. A csoportok tehát csoportérzékenyítést is elérhetnek.

Különbé csoportokban más és más hangsúlyok és fő tanulási feladatok vannak, attól függően, hogy a vezetők szervezeti területe vagy éppen személyisége szerint mi látszik fontosnak vagy szükségesnek. Ha a csoport megismertetése a cél, akkor elegendő, ha csupán intenzív csoportkommunikációt, csoportléggé alakíthatnak ki, és ezt próbálják elemezni. Ha a vezető kommunikációs képességein akarnak fejleszteni, akkor általában strukturált gyakorlatok kellene, és ezekhez különféle visszajelentéseket kapcsolnak. Történetileg legelőször az ún. szenzitivitási tréning módszere alakult ki, ebben empátiafejlesztés, az interperszonális „feedback” felfogásának képességfokozása zajlik. Vannak ún. önérvényesítési tréningmódszerek, ezekben a hatékony kommunikációt gyakorolják. Speciális célfeladatok is elérhetők tréningcsoportokon át, pl. lehet tanulni a tárgyalások, viták, üzletkötések kommunikációs készségeit, lehet koncentrálni pl. a telekommunikációs eszközök, különösen a televízió uralására és az abban mutatott jó kommunikációra. Nagyon sok vezető számára fontos, hogy nyilvános helyzetekben is megfelelően szerepeljen. A videó különben is a tréningcsoportok egyik eszköze, a videóra felvett csoportesemények felhasználhatók utólagos elemzésre, de alkalmasak bizonyos sajátos visszajelentések nyújtására is. A tapasztalat szerint önmagában is komoly fejlesztő értékű, ha valaki megfelelő lélektani feltételek mellett konfrontálódik saját hangjával, saját viselkedésének képével.

Vannak terápiás hangsúlyú, de részben fejlesztő célú csoportmódszerek is. Ezek nagyrészt nemspecifikus módon hatnak fejlesztően, ha pl. a vezető megtanulja a saját feszültségeit, szorongásait felismerni és szabályozni, ezzel automatikusan érzékenyebb lesz emberi környezetével szemben, mert több figyelmet tud fordítani másokra. Az emberi kapcsolatokhoz az az optimális, ha valaki minél több energiát tud magából kifelé fordítani (Piaget „decentráció-nak” nevezi ezt a folyamatot, vagyis az energiák nem a saját ére koncentrálnak). A szorongás, feszültség ezeket az energiákat megköti. További nemspecifikus hatáselem, hogy a terápiás jellegű fejlesztő módszerek általában fokozzák a vezetői kommunikáció hitelességét. Ez abban nyilvánul meg, hogy a nem-verbális kommunikáció üzenetei kongruensek lesznek a közölt és képviselt szándékkal. A kommunikáció ugyanis gyakran ellentmondásos, sok embernek nehéz, hogy a rendelkezésre álló minden kommunikációs csatornán át egybecsengően kommunikáljon. Legtöbbször azért nehéz, mert szándékai-ban is sok az ellentmondás, pl. egyidejűleg különböző motivációk hatnak rá. Nagyon gyakori, hogy agresszió vagy félelem érvényesül – szándéka ellenére

– a kommunikációban. A nem hiteles kommunikáció hatékonysága csekély, esetleg éppen a szándékolttal ellentétes hatást ér el. A hitelesség zavarainak felismerése az érzékenyítő tréningekben is bekövetkezik, de gyakran fordul elő, hogy a hitelességi problémák mélyén a vezetői személyiség kóros sajátosságai játszanak szerepet, pl. kisebbségi érzések, önértékelési zavarok stb.

Az agresszió problémája külön figyelmet érdemel a vezető szemszögéből, mert az emberi erőforrások pszichológiai vetületében ez gyakran meghatározó. Az emberi kapcsolatokban sok gond függ össze az agresszióval, a csoportviszonyokat nagyon megzavarhatják az agresszív feszültségek. Általában az agresszió erős vagy hátrányos megnyilvánulása valamilyen kommunikációs zavarral áll kapcsolatban. Ismét leginkább „irracionalisak” az okok, vagyis sajátos érzelmi logikát követnek. Gyakran a természetes agresszió alacsony toleranciaküszöbe vezet agresszív kitörésekhez, pl. a túlzott törekvés a „melig” munkahelyi légkörre, a finomkodás az emberi érintkezésekben, a túlzott kollegialitás vagy udvariasság kultusza. Máskor éppen a vezető megközelíthetlensége, a csoport vele szembeni rejtett feszültsége csap ki a csoporttagok közötti veszekedésben. A kommunikációra érzékeny vezető ilyenkor könnyen tud javítani a helyzeten. A vezetők gyakran agresszívek, ez pedig különösen problematikus, mert ez a beosztottak szempontjából egyenértékű lehet a hatalommal való visszaéléssel. A vezető formális hatalma ugyanis meggátolja, hogy agresszív viszontválaszban részesítsék. A megfigyelések szerint kártékonyabb a gátolt, elfojtott agresszió, mint a nyílt. A közvetlen és körülhatárolt agresszív megnyilvánulás könnyebben elviselhető, különösen, ha megvolt az egyértelmű kiváltó ok a beosztott(ak) viselkedésében, mint a megjegyzés vagy az önérzetet áttételesen sértő kifejezések, vagy a másik kommunikációjának semmibevevését, leminősítését jelentő válasz. A vezető nyílt agressziójában az igazságtalanság könnyebben is jóvátehető, mint a félig-meddig észrevétlen agresszió. A hibák korrekciója, jóvátétele, elvállalása egyébként sok kommunikációs lehetőséggel bír a vezető számára, ezeken a gesztusokon át sokat javíthat a csoportlégkörön, kapcsolatokon. Gyakran hatékonyabb, sikeresebb az a vezető, aki többször hibás az emberi relációkban, de jóvá is tudja tenni hibáit, mint az, aki manifeszt hibába nem bonyolódik, de pl. nagy a viselkedésének az agressziótartalma.

Lényeges az agresszió a konfliktusokban is. A konfliktusok kezelése és megoldása különösen jelentős dolog, mert ilyenkor egy-egy esemény nagyobb hatású lehet, mint huzamos „békés” időszak vezetői viselkedése. Szinte típusos a türelmetlenség a konfliktusokban és a hatalmi eszközök túlzott vagy túl korai alkalmazása. Kevés vezető meri vállalni beosztottjaival a ve-

szekedést. A konfliktusok pedig gyakran az „igazság pillanatai” a csoportviszonyokat vagy a vezető körüli emberi kapcsolatokat illetően, hiszen ilyenkor felszínre kerülnek addig rejtett dolgok. A konfliktusok helyes kezelését nehezíti, hogy azoknak van valamilyen manifeszt arculatuk, és ez vonja magára inkább a figyelmet. Különösen destruktív az emberek involvációjára, kreativitására nézve, ha a konfliktus úgy alakul ki, hogy a beosztottak igazában a közösség vagy a szervezet érdekeit képviselik, tehát jót akarnak.

A konfliktusok fontossága miatt is lényeges lehet az agresszió terén történő vezetői tréning. Az önérvényesítési (asszertivitási) tréning pl. a konstruktív agresszió mintáit gyakorolhatja. Van „veszekedési tréning” is, ezt nemcsak a vezetőképzésben, hanem a házasságok és családok terápiájában is felhasználják, ez az ún. „konstruktív veszekedés” technikáját tanítja. Ennek lényege a veszekedő felek őszinte érzelm kifejezésének megengedése, a másik fél „címkézése” helyett inkább a saját álláspont világos kifejezése. A konstruktív veszekedés alkalmas arra, hogy sok, addig vitás és rendezetlen kérdést kezeljen, megoldjon. A „jó” veszekedés után a kapcsolat szinte törvényszerűen javul, mert bizonyos barrierek áttörnek. A veszekedés a kreatív erőket is mozgósítani tudja. Éppen ezért van jelentősége az eleven vitáknak is. Alkotó és kutató csoportokban a veszekedéseknek, vitáknak nagyobb a szerepük, mint szokványos, formálisan feladatorientált szervezeti keretekben. Általában a kreativitás, a közös fejlődés, a jó csoportdinamika szempontjából hasznos, ha sok érzelmi töltésű vagy integrálatlan, célszerűtlennek látszó kommunikáció is felszínre kerül (erre vonatkozóan lásd Tobias Brocher könyvét).

Újabb az emberi erőforrások mozgósításában komplex módszerek terjednek el. Nemcsak a vezetőre koncentrálnak, éppen azért is, mert a vezető funkciók a szervezetek hierarchikus rendszerében – mint erről többször volt szó – nagyon széles ívben oszlanak meg. De arra is fény derült, hogy a vezető kommunikáció képességnövekedése hatásában lefékeződik a szervezeti közeget természetes ellenállásán. Ezért gyakran egész szervezeti alegységeket közelítenek meg, különböző kommunikációs helyzeteket hoznak létre számukra, gyakorlatokat írnak elő, és ezeknek tanulságait elemzik, ezeken át próbálnak bizonyos kommunikációs zavarokat felszámolni. Gyakran végeznek egyes szervezeti rétegekkel gyakorló, fejlesztő csoportmunkát is. Az ilyen módszereket a szervezetfejlesztés fogalmával fejezik ki. A szervezetfejlesztő szakember-team nemcsak foglalkozik a szervezet tagjaival, beleértve a vezetőket, hanem részben pszichológiailag vagy csoportdinamikailag indokolt – szervezési javaslatokat is tesz. egy-egy szervezetfejlesztő foglalkozás általában néhány napig tart, bizonyos szervezetek ezt ismételtlen igénybe veszik, és

ezáltal folyamatosan képesek változni, növekedni. Sok kutatás foglalkozott már a vezetőképző csoportmódszerek hatékonyságával is (az eredmények pozitívak voltak, a vezetők szerzett képességei pl. viszonylag hosszú időn át megmaradnak), most sok kutatás folyik a szervezetfejlesztés effektusaival kapcsolatosan. Itt is jók az eredmények. Egy sajátos szervezetfejlesztő szemlélet, ill. megközelítés, amely a hatalmi struktúrára és ennek személyközi és tudattalanba nyúló erőterére koncentrál, az ún. Tavistock-módszer.

59. A kommunikáció és az emberi kapcsolatok (teamviszonyok és munkahelyi légkör) kérdései – a vezető és a kutató szemszögéből

A munkaszervezetek hagyományos tervezési és irányítási logikája szempontjából csupán a formális struktúra számít, vagyis a munkamegosztás racionális rendszere és ezen belül a munkakörök közötti ésszerű információs kapcsolatok hálózata. Az információs kapcsolatok optimális működését a Max Weber-féle bürokratikus szervezetmodell írja le, amely a munkaköröket hierarchikus szintek szerint koncipiálja, és a szinteken sűrűsödve, absztrahálódva áramlanak felfelé a jelentések, adatok, hírek, ill. mindig konkrét formákba lebontódva az utasítások, előírások, parancsok. E modelltől már volt szó annak kapcsán, hogy a vezető interperszonális helyzete és közvetlen szabályozó feladatköre nem korlátozódik csupán egy-egy munkaszervezet felső vezetőire, hanem az lényegében minden hierarchikus szinten megtalálható, és ezért bizonyos viselkedésformák, kapcsolati és kommunikációs problémák azonos elvek szerint koncipiálhatók akár a vezérigazgató, akár a művezető munkáját nézzük. Ezt a jelen összefüggésben is ismételtlen alá kell húzni, és ez az elv a most következőkre is vonatkozik. A bürokratikus modell csupán a szervezet állapotára és a munkatevékenységre vonatkozó információk áramlatára figyel, minden mást feleslegesnek és/vagy zavarónak tekint. Hasonló optimalizációs és ideáltipikus modellek a munkaszervezetekben más vetületben is érvényesülnek. Ilyenfajta – általában implicit modellek érvényesülnek a munkakörök kijelölésében, ill. a munkafolyamatok meghatározásában. Közismert, hogy ilyen rejlik a szalagrendszerben, és ezt vitte magas szintre a korai ergonómia a maga vizsgálataival. Mindezeknek a modelleknek is az a sajátossága, hogy csak a lényegi tevékenységet tartják fontosnak, a többi érdektelen. Szélsőséges értelemben a dolgozótól elvárható viselkedés, az adott munkakör automatizált, robotszerű betöltése (az ipari robotok a mai valóságban ténylegesen is egy-egy korábban emberi munkakört látnak el, és a robotok közötti munkamegosztás vagy formális kapcsolat azonos, ill. hasonló, mint az emberi munkakörök között volt). Korábban minden eltérést az optimális modelltől vagy határfoki kérdésnek, vagy szükségszerűségnek fogtak fel, és a gyakorlati tapasztalatok alapján meg tudták állapítani minden munkaszerve-

zet-típus elvárható eredményességét e téren (amely az automatizált optimumtól természetesen mindig nagyon távol esett).

A szervezői és vezetői gondolkodásmódot általában ez a szemlélet uralja. Csak az utóbbi évtizedekben kerültek felszínre olyan szervezettudományi és vezetéstudományi elméletek, amelyek jobban számot vetettek a dolgozók emberi természetével, és az emberi szükségletekből és pszichológiai sajátosságokból származó megnyilvánulásokat nem nézték eleve zavarfonásoknak, hanem megpróbálták ezeket pozitív szempontból is vizsgálni és megkísérelték ezek erőit is a szervezet hasznára fordítani. Ezek közül néhány híres lett és mozgalmoszerűen is megjelent, mint pl. az ún. Human Relations irányzat, vagy a vezetési demokratizmus áramlata, amely a demokratikus viszonyok egyszerűsített képletét munkaszervezeti gondok és nehézségek quasi panaceájaként ajánlotta. Az elmúlt évtizedben ilyen volt az ún. „svéd munkaszervezési modell”, amely a dolgozók szakmai érdeklődésére, komplex munkavégzési kedvére appellált, és nem korlátozta a dolgozókat csupán szűk tevékenységformákra, hanem kisebb csoportok számára lehetővé tette a teljes termék előállítását, tetszés szerinti belső munkaszervezés szerint. Általában ezekben a mozgalmoszerű felfogásokban nagy hangsúlyt kapott a csoport mint a munkavégzés emberi közege. Mindezek az elméletek, felfogások, és ez ezekből létrejött módszerek sok valós felismerést és számos hasznos elemet tartalmaztak, noha átütő sikereket csak egyes helyeken értek el, és nagyon sok más helyen meghiúsult alkalmazásuk. Hibaforrásuk nyilván egyszerűsítő jellegükben, bizonyos szabályszerűségek jelszóként való kisarkításában, vagy az alkalmazási vetületek nem megfelelő kiválasztásában rejlett. Különböző típusú és feladatú munkaszervezetekben nagyon eltérők azok a pszichológiai erők, amelyekre ezek az új irányzatok építeni próbálnak. Ezekhez még kulturális, vallási, politikai stb. különbségek is járulnak, amint az új módszer továbbterjed abból az országból, ahol kidolgozták és alkalmazták. Tradicionális közösségi viszonyok a fejlődő országokban pl. sok olyan munkaszervezési és irányítási formát ítéltek kudarcra vagy tettek gyenge hatásfokúvá, amely ipárilag fejlett országok üzemeiben jól bevált.

Eltérő típusú munkaszervezetekben az új szervezési módok másfajta síkon és mértékben próbáltak hatni a dolgozók viselkedésére. Általában mindegyik törekedett mindenfajta munkaszervezetben arra, hogy a dolgozó pozitív érzelmi szálakkal kötődjön a munkájához, annak szervezetét a magáénak tekintse. A régebbi szervezetelméleti irodalomban gyakran azonosulásnak nevezték ezt a kötődést, újabban involvációról beszélnek. A lényeg az, hogy a dolgozó érdekeltnek érezze magát a szervezetben, tekintse azt fontosnak és

sajátjának, a közvetlen munkafeladatain túl is. Minden új irányzat hangsúlyozza, hogy ennek nem kell feltétlen tudatosulnia, érzelmi, tudattalan kötődések a fontosak. A Human Relations – vagy az ehhez sokban hasonló, de más kulturális háttérű japán vállalatszervezési mód – a munkaszervezet által nyújtott szolgáltatások és lehetőségek révén köt. Ezek kiterjednek a szabadidőre, a pihenésre, a magánéletére és érintik a dolgozók családját is, továbbá megnyilvánulnak a dolgozók részletes tájékoztatásában a szervezet dolgait és terveit illetően. A demokratikus vezetés a döntési részvétel eszközén – gyakran illúzióján – át erősíti a kötődést és a bevonódást, a „svéd rendszer” ezek mellett még a kölcsönös munkatársi felelősség, a személyes fejlődési lehetőségek, új problémamegoldási kihívások tényezőit is mozgósítja.

Az kétségtelen, hogy a kötődés erőire minden munkaszervezetnek szüksége van, többféle okból is. A szervezet és a dolgozó közötti pusztán érdekracionális viszony nehéz helyzetbe hozná – ill. gyakran hozza – a szervezetet. A legkonkrétabb munkafeladatokat ellátó szervezetekben nem szabályozható minden előírásokkal és kontrollal, ill. ezeken át a jutalom és a büntetés eszközeivel. A szabályozással lefedett magatartási, ill. tevékenységi előírások egy része is kijátszható. A lefedetlen területeken alkalmi megoldások születnek, vagy a vezetés kér olyasmit, ami nem kötelezettség, vagy pedig a dolgozók maguk teszik, amit kell. A köznapi szóhasználat ilyenkor gyakran beszél munkamorálról, munkakulturálságról, pedig tudjuk, hogy nem statikus tulajdonságokról van itt szó, hanem inkább dinamikus lélektani relációkról a munkaszervezethez, csoportokhoz, pszichológiai gratifikációs módokhoz, amelyek oszcillálnak, változnak.

A munkaszervezetek rászorultságát a kötődésekre néhány példával illusztrálható megemlíthetjük, hogy maga a munkaerő megmaradása is sokban függ ezektől a kötődésektől, függ továbbá a munkahelyi jelenlét és aktivitás, munkatempó de még inkább függ a szervezetet érő váratlan feladatok és nehézségek kompenzálásának lehetőségétől és színvonalától, továbbá a szervezeti változás lebonyolódásától. Ezek egyszerű, szinte manufaktúrális szervezetekben is jelen lévő gondok. Még a munkanélküliséggel küzdő országokban is a dolgozók jelentős része nyugodtan otthagyná munkakörét és másutt jobb körülmények közé mehetne, ha tisztán az érdekracionális vezérelné. Ha nincs kötődés, sokan és sokat vannak távol (betegállomány, szabadság stb. révén), nem törik magukat, leszorítják a normákat, megrongálják az eszközöket (az ún. ipari vagy szervezeti vandalizmus az utóbbi évtizedekben mind több érdeklődés és kutatás tárgya). Ha a munkaszervezet terhei megnőnek, kötődés hiányában többlet-erőfeszítésre kevesen hajlanak, nem segítenek egymás

munkájában, nem törődnek azzal, ami nem az ő dolguk. Minden munkaszervezeti változás szinte elkerülhetetlenül hoz még szabályozatlan helyzeteket, és ma a legtöbb szervezet szinte állandóan és gyakran, gyorsan, diszkontinuusan változik.

Még nagyobb a jelentősége a kötődésnek az alkotói munka, a kreatív tevékenység szempontjából, hiszen itt a feladatkörök gyakran csak nagyon lazán határozhatók meg, ezért formálisan nehezen is szabályozhatók.

A kötődést elősegítő folyamatok azokban a kommunikációs és emberi viszonzyszférában mennek végbe, amelyeket a klasszikus, racionális szervezeti modell szempontjából feleslegesnek lehet mondani, és amit az új irányítási, vezetési formák befolyásolni és manipulálni igyekeznek. Lényegében a dolgozóknak meg kell engedni bizonyos szükségleteik kielégítését, hogy cserében kötődni, involválódni tudjanak, és hogy saját erőforrásaikból szükség esetén adjanak, akár alkalmi többletmunka vagy „tűzoltás” formájában, akár pedig saját alkotó képességeikből. Lényeges momentum, hogy a „csereviszonyok” itt nem tudatosak, ezért egészen más gondolkodásmódot igényel ezeknek a problémáknak a megértése és a kezelése, mint amilyen a szokásos vezetői vagy kutatói munkakörben uralkodó és talán mondható, hagyományos értelemben szükséges is. Ha a vezető vagy a kutató ezeket a viszonyokat tudja befolyásolni, akkor ezt általában önkéntelenül és személyiségének spontán kialakult tulajdonságaival teszi, és ha ezt a képességét fejleszteni próbálják, akkor érzelmi érzékenységét, kommunikációs készségeit, csoporthelyzetekben való viselkedését fejlesztik, tehát olyan vonásait, amelyek mintegy „irracionálisak”. Ha sikerül a fejlesztés, akkor a hatékonyabb kommunikatív magatartás általában nehezen verbalizálható lépéseken, megnyilvánulásokon át valósul meg, amelyeket inkább megérezés, sejtés irányít, semmint tudatosság. Az említett új irányzatoknak az volt a fő hibája, hogy a jó megfigyeléseket és a tapasztalatilag tisztázott, a szervezet, ill. vezetéseméleti szakember számára konceptuálisan is megfogalmazható eljárásokat túlságosan is racionális technikákká tették. Ezek azután nem mindig váltak be, esetenként még rontották is a helyzetet. Mindegyikben veszélyt jelentett a kampányszerűség, alkalmyszerűség, részlegesség, ami inkább hátrányos következményeket szül. A dolgozókra irányuló pozitív hatások (pl. megnövelt tájékoztatás, több döntési és aktivitási lehetőség stb.) elmaradása esetleg több feszültséget okoz, mint a kampány előtti „standard” állapot. Különösen a demokratizmus abbamaradt kísérletei hatnak zavaróan, de az is nagyon gyakori, hogy a vezető csak hiszi, hogy most demokratikus, a helyzet rejtett összefüggései azonban más hatást gyakorolnak a dolgozókra, ebből érzik, hogy nem lehet komolyan

venni a vezető új viselkedési arculatát. Általában ahhoz, hogy a vezető más tudjon lenni ebben az „irracionális” magatartási vetületben, személyiségében részlegesen változnia kell. Ezért is történik a vezetők képzése e téren nem-specifikus módon, személyiségfejlesztő módszerekkel, kommunikációfokozó szituációkban.

A vezető számára szükséges képességeket, amelyek a kismértékű személyiségváltozásokon kívül fejlesztendők, szakszerűen beleértő képességnek (empátia), a nem-verbális kommunikáció érzékelési és felhasználási képességének, valamint a csoporthelyzetek érzékelési képességének szokták nevezni. Ezek lényegében hasonló lélektani folyamatokon át valósulnak meg, mind-egyikben közös az érzelmi rezonancia képessége a másik emberre, ill. az interperszonális helyzetre.

Az itt megmutatkozó pszichológiai szabályszerűségek részletezése messze vezetne, ezért csupán egyéb írásaimra utalok itt, elsősorban az alábbi ötre: A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei, Kommunikációelméleti szöveggyűjtemény I. kötete (Általános kommunikációelmélet), Az empátia – a beleélés lélektana, A vezetés pszichológiája – avagy a pszichológiai vezetés, és (László Jánossal közösen) Beszéd a szavak mögött.

A szükséges személyiségváltozások pl. a következőkre vonatkoznak: érzelmi gátlások feldolgozása, amelyek az érzelmi élményektől való elzárkózást motiválják; rejtett kisebbségi érzések, amelyek a vezetőt a vezetői szerep mögé való elbújásra ösztönzik; túlzott önértékelés, amely oda vezet, hogy az emberi szférában csökken a problémaérzékenység, önkritika, helyzet és önmegfigyelési hajlam; bizonyos szükségletek – pl. feszültségek kivetítése másra, többnyire beosztottra – hátrítással levezetési módja stb. Általában olyan tulajdonságokról van itt szó, amelyek a személyiségnek nem alkotják lényegi részét, bár elég gyakran előfordul, hogy az emberi kapcsolatok szempontjából hátrányos tulajdonság a karakter szerves része, ilyenkor a változtatás lehetőségei csekélyek. A tapasztalat szerint a változás elemi formája: az önismeret fokozódása is hatékony lehet. A fel nem ismert tulajdonság, viselkedési reakció általában nem szabályozható, viszont ha valamilyen belátás születik erre nézve, legalábbis bizonyos helyzetekben fennáll a szabályozás lehetősége. Éppen ezért a vezetőképző módszereknek mindig van önismeretfejlesztő, önismeretfokozó célkitűzése. Gyakran pl. önismereti technikák címén is hirdetik a fejlesztő módszereket. Itt is hangsúlyozni kell, hogy nem annyira lexikális tudásról van szó az önismeretben, vagyis nem valamilyen explicit jellemrajz tudata alakul ilyenkor ki (a jellemrajz – pl. amit teszteredmény vagy grafológiai vélemény szokott adni – rendszerint inkább zavaró, „hamis tudati”

jellegű kognitív elem), hanem érzésekben kifejeződő belátás, szavakban nehezen összefoglalható tapasztalat a saját énről, saját személyiségről. Minden fejlesztő módszer lényegében a személyiség számára megnyitja az interperszonális visszajelentések fokozott érzékelésének és felhasználásának útját, ez az a mechanizmus, amelyen át az önismeret fejlődni képes.

A mindennapi életben személyiségünk egyensúlyát általában azáltal tartjuk fenn, hogy elzárkózunk a személyközi visszajelentések olyan tartalmaitól, amelyek megkérdőjelezzik a másikat, a többi ember felé prezentálni kívánt képünket önmagunkról. A viselkedés egyik vezérelve az önmagunkról kelteni próbált kép megerősítése, szabályozása. Erről részletesebben E. Goffman műve szól. Goffman egy másik válogatása korábban megjelent a MM Marxizmus-Leninizmus Főosztálya kiadásában a Szociológiai füzetek sorozatban is. Az énképszabályozás, az „impression management” jellegzetes mechanizmusai adják a mindennapi értelemben vett karakter főbb vonásait, hiszen általában nem a személyiség valódi, elsődleges munkamódjai a megfigyelhetők, hanem ezeknek „szerkesztett”, az énképszabályozás jegyében módosított változatai. Más kérdés, hogy az énkép és az „énvalóság” diszkrpanciái bizonyos mértékig érzékelhetők, és pl. a vezető szükséges empátiás készségének egyik megnyilvánulási terepe éppen az, hogy belelát munkatársai ilyen – félig tudatos vagy éppen tudattalan – lelki folyamataiba és igyekszik ezeket is felhasználni. Az énképszabályozási törekvéseken át ugyanis az emberek nagyon gyakran manipulálhatók, pl. a prezentált énkép elfogadása, erősítése általában kötő erejű. A vezetői önismeret egyik fontos része, hogy a vezető a saját ilyenfajta belső folyamatairól is nagyobb tudatosságra tegyen szert. Ismét ki kell azonban emelni, hogy a szükséges tudatosság nem jelent szükségképpen, sőt általában sem, ide vonatkozó verbalizációs készséget. Valamiféle sejtést jelent, hogy az ember ilyenkor „mire játszik”, milyen rejtett célt követ stb. Érték az utólagos felismerés is, hiszen ez a korrekció záloga. Az emberi relációkban általában nem a mozzanatosság a lényeg, hanem a folyamatosság (bár vannak éles helyzetek, amelyekben gyors döntések szükségesek, és amelyeknek azután irreverzibilisek vagy nehezen helyrehozhatók a következményei), és a folyamatosságba beleférnek hibák, melyeknek jóvátétele esetleg nagyobb lélektani effektusú, mintha a hiba meg sem történt volna. A sokat emlegetett demokratizmus pl. a korrekció lehetőségében sokkal inkább megtestesül, mint a – sokszor nagyon formális – hozzávagy beleszólási jogban.

Az „irracionális” emberi viszonylatok egyik nagyon fontos tere a csoport. A csoportok pszichológiájáról az utóbbi fél évszázadban nagyon sok ismeret halmozódott fel. Kiemelt kutatási terület az ún. csoportdinamika, ettől a má-

sodik világháború utáni első két évtizedben sok, gyakorlatilag felhasználható eredményt vártak. E kutatást teljesen eluralta az empirizmus, ami a folyamatok, jelenségek redukcionista kezeléséhez vezetett, és így lassanként a kutatások gyakorlati relevanciája elhalványult. A különböző alkalmazott csoportfolyamatok, kiváltképpen pedig a klinikai, személyiségváltoztató célú folyamatok, majd pedig a különböző képző és fejlesztő folyamatok tapasztalatanyaga azonban az elmaradást némileg pótolta. A csoportos együttlét sajátos hangulatokat, rejtetten összehangolt érzelmi és kognitív folyamatokat (pl. közös fantáziákat, egymásba kapcsolódó asszociációkat stb.) mozgósít, a csoport pedig hosszú távon igen lényeges kötőerőt jelent a szervezetekhez, intézményekhez. A második világháború híres amerikai katonaszociológiai vizsgálatai pl. kimutatták, hogy az együtt harcoló kiscsoport olyan óriási kötést jelent a hadsereghez, aminek erejéhez képest igen gyenge volt mindenféle ellenséges felvilágosítás vagy propaganda, és így pl. a német hadsereg esetében mind a propagandát, mind pedig a tömegbombázások demoralizáló hatását a csoportok kötőerőihöz viszonyítva utólag jelentéktelen tényezőnek találták (S. Stouffer és munkatársai vizsgálatai: a *The American Soldier* és más kiadványsorozatokban). A csoportok légkörét, hangulatát igen lényeges tehát befolyásolni (bár a munkaszervezetek kiscsoportjai sohasem mutatnak akkora kohéziót, mint az ún. totális intézmények), az említett E. Goffman koncepciója ez is (csoportjaié, pl. a harcoló hadsereg, ill. általában a hadsereg, a börtönök, galériák stb. kiscsoportjai), és az ehhez szükséges csoportérzékenység, csoportbeli viselkedési készség a jó vezető egyik sajátossága. Itt lényegében az empátia és a nem-verbális viselkedés sajátos készségéről van szó. A vezetőképző tréningcsoportok javarészt a csoportfolyamatokra való érzékenyítések, továbbá a csoportfolyamatok kezelésére nyújtott mintákon át hatnak. Ha egy-egy munkacsoportban sikerül megfelelő pszichológiai légkört létrehozni, akkor ez igen hatékonyan képes kötni a dolgozókat és pszichológiai erőforrásaikat mozgósítani. Lényegében a „munkahelyi légkör” fogalmában ez a közvetlen munkacsoporton kívüli – struktúrájának lélektani bánásmódja is a dolgozókkal, tehát a portától a személyzeti osztályig, az üzemen belüli szolgáltatásokig, vagy egészen a legfelsőbb vezetők viszonyulásáig).

Mindezek a témakörök az alkotó és kutató munkakörökben még lényegesebbek. Ezekben a formális szabályozás lehetősége csekély, az egyes dolgozók teljesítménye nehezen szabályozható. Az eredményességen, hosszabb távú teljesítményen át megvalósulhat ugyan valamiféle szabályozás, de ez

meglehetősen költséges és bizonytalan lehet. E munkakörökben általában teamviszony,ok az uralkodók, a team itt többnyire főleg egyenrangú szakemberekből tevődik össze, a Weber-féle bürokratikus modell szabályozási feltételei tehát alig állnak fenn. Ugyanakkor a szükséges kreativitás miatt nagy az interperszonális folyamatok súlya. A csoportterők jelentősen fejleszthetik az egyes alkotók, ill. kutatók hatékonyságát, zavaraiik esetében viszont ez a hatékonyság csökkenhet. Az ilyen munkakörökben különlegesen fontos lehet az involváció, főleg olyan szervezetekben, ahol a kiemelkedő teljesítményt nem tudják nagy anyagi előnyökkel motiválni. Ilyen helyzetekben még nagyobb a jelentősége, hogy a dolgozók lelkesek legyenek, érdekelje őket, amit csinálnak, és sok szálon tudjanak egymással érintkezni és kommunikálni. Fontos a játékoság, a munkában megnyilvánuló játszma jelleg, a fokozott kölcsönös tolerancia, egymás szeszélyeinek és idioszinkráziáinak elviselése. A jó kutatói teamben a munkakörhöz szükséges tennivalók motivációs forrásain kívül sokkal több egyéni erőforrás bevonása szükséges. A kutató vagy alkotó teamben a vezetőnek sajátos katalitikus hatást kell betöltenie és ebben szinte teljesen kommunikációjára van utalva. Természetesen lehetségesek kutatói teamek, amelyekben a vezetés erősen formalizálható, pl. a vezető nagyfokú jártassága, tapasztaltsága, és a munkafeladatok kiszabhatósága révén (pl. nagyobb számú fiatalabb munkatárs, nagy technikus gárda vagy segédszemélyzet számára), ilyenkor az interperszonális folyamatok súlya kisebb lesz a vezetői koncepció érvényéhez képest. Az alkotói, kutatói teamben is nagy jelentőségű a nem-verbális kommunikáció, amely akkor is élénk és jelentős, ha a verbális kommunikáció súlya nem annyira szembetűnő. De általában a kommunikáció nagyon erőteljes az ilyen csoportokban, szervezeti alegységekben, és ennek jelentős része nem közvetlenül irányul a tevékenységre, ám – gyakran észrevétlen – áttételekkel mindig összefügg azzal és arra ki is hat.

60. Életmód, pihenés, kreativitás a vezetői és kutatói munkakörben

A vezetők személyiségével már több évtizede foglalkoznak üzemi és szervezetpszichológiai kutatások, és e témakörben annyi ismeret gyűlt össze, hogy a vezetőkre vonatkozó lélektani ismeretek külön diszciplínákat is alkotnak már. Kizárólagosan ilyen ismeretek halmozódnak a vezetők pszichológiai képzése, személyiségfejlesztése területén, amely ma világszerte kiterjedt társadalmi gyakorlat, túlnyomóan a klinikai lélektanból és a szociálpszichológiából átvett módszerekkel és tudományos koncepciókkal dolgozik, de vannak önálló módszerei is. Ilyenfajta ismeretek teszik ki az ún. vezetésstudomány (management science) egy részét is. Mind kutatási, mind pedig gyakorlati alkalmazási szempontból létező, relatív önállósággal bíró tématerületnek tekinthető a vezetéslélektan is.

Mindezek az ágazatok hangsúlyozzák, hogy a vezető személyiségének igen nagy jelentősége van a munkaszervezetben. Sokszor ez a jelentőség meghatározó, különösen olyan szervezetekben, amelyekben az emberi tényező nagy szerepet játszik, ill. amelyekben a végtermék szellemi jellegű vagy emberi viselkedésváltoztatásból áll, vagy emberben nyilvánul meg (iskola, kórház, katonaság stb.). Az is nyilvánvaló már e diszciplínák nyomán, hogy a vezető nem csupán önálló munkaszervezetek csúcsvezetőit jelenti, bár ezek a vezetők az igazán meghatározók, de a vezetés alsó rétegeit is. A modern szervezetszociológia megalapítója, Max Weber német szociológus már régen leírta, hogy a munkaszervezetek optimális modellje a hierarchikus kommunikációs rendszer, amelyben a műveleti folyamatokkal, a termeléssel kapcsolatosan információk áramlanak, mégpedig jelentések felfelé és utasítások lefelé. A felfelé menő információk sűrűsödnek és absztrahálódnak, az utasítások viszont elvontan indulnak és folyamatosan konkretizálódnak. A modellben nem nehéz felismerni a homeosztatisz szabályozás modelljét, a felfelé áramló információk nyilvánvalóan feedback szerepet töltenek be. Itt kell megjegyezni, hogy az élő rendszerek strukturális és működési modellje is hasonló törvényszerűségeket követ, csak bonyolultsági nagyságrendjében mutat sajátosságokat (eltekintve természetesen most ezeknek a rendszereknek morfogenetikus képességeitől és az ezekhez szükséges pozitív visszacsatolós szabályozási

mechanizmusaitól). A szervezetekben egy szint is kiemelhető és tekinthető alrendszernek és ebben a szintben is kinagyítható a vezető szerepe. A valóságban az egyes hierarchikus szintek vezetése lehet a szervezet szempontjából nagyon fontos, egyes alrendszerek jó működése pl. ellensúlyozhatja a vezetést (akár vezető(k)ről beszélünk, akár az ún. management alrendszeréről) gyengé-
it.

A szervezetekre vonatkozó kutatások ma mindinkább figyelmet fordítanak a szellemi alkotó, ill. a tudományos kutató szervezetekre, ill. szervezeti egységekre. Ezekben belül sajátosan jelentkezik a vezetés feladatai és problémái. Mindinkább terjed az a szemlélet is, hogy a lényeges kutatókat mint vezetőket értelmezzék és vizsgálják. Ezt a szemléletet az a gyakorlati tény is támogatja, hogy bizonyos speciális kutatásoktól eltekintve a legtöbb tudományos alkotó teameket vezet, mégpedig interdiszciplináris teameket, legalábbis minimálisan a technikai infrastruktúrához tartozó foglalkozásokat magába foglaló teameket (gépíró, asszisztens, műszerész, karbantartó stb.). Az eredmények e teamek optimális működésétől függenek, ez pedig a vezetőtől. Megjegyzendő, hogy azok a kutatások is „teamesednek”, amelyek hagyományosan egyéni jellegűek voltak, pl. a matematikusoké, az elméleti fizikusoké vagy biológusoké, vagy akár a filozófusoké (számítógép, modellezés, szakirodalmi elemzés, dokumentáció stb. munkaerőszükségletei). Az alkotó kutatók számára fontosak az azonos szakmájú munkatársak, köztük a fiatal kutatók tevékenységei, különböző adatok szerint a vezető kutató, ill. a team kutatási hatékonysága és kreativitása függ a kutatótársakkal folyó kommunikáció szakmai és pszichológiai színvonalától és jellegétől, arányos ezzel.

Jogosult tehát bizonyos szempontokból együttesen vizsgálni a vezetést és a kutatást, kiváltképpen a vezető és a kutató személyisége szempontjából, ill. a kutatás terén vezető emberek személyiségét illetően, hangsúlyozva, hogy ez nagyon sokakra, egyszerű kutatási teamek, csoportok irányítóira is vonatkozatható. A kutatóvezető csak abban különbözik lényegesen a szervezeti vezetőtől, hogy nem áll annyira a napi döntési szükségletek, ill. a hosszú távú, kockázatos döntések folyamatos stresszterhelése alatt. Ám nagyon sok kutató munkahelyen a kutatási tevékenység folyamatos, mintegy munkaszervezeti jellegű, ilyenkor még ez a különbség is csökken vagy elenyészik (pl. kémiai, biológiai, műszaki kutatólaboratóriumokban, ill. intézetekben).

A vezető és a kutató személyiségének problémái közül két olyan arculatot állítanak a modern vizsgálatok reflektorfénybe, amelyek a kreativitás szempontjából, és általában a vezetői eredményesség szempontjából lényegesnek bizonyultak. Mindkettő olyan természetű, ami a vezetői köztudatban nem is-

mert, vagy nem nyilvánvaló, jelentőségében nem világos. Egyik a vezetői életmód, pihenés és egészség kérdésköre, a másik a játék, a képzeleti tevékenység és a belső vágy és indítékvilág mélyebb megismerésének problematikája. Mindkettő olyan jelenségcsoport, aminek ma általában nem tulajdonítanak szerepet, és amit irracionálisnak, a vezetői beválással vagy a kutatói alkalmassággal és sikerességgel összefüggésben nem állónak tekintenek. Mindkettővel kapcsolatosan azonban ma érdekes fejlesztési perspektívák kínálkoznak.

A fizikai és lelki egészség kérdését ma a vezető és alkotó, kutató ember szempontjából fontosnak látják. Általában a fizikai és lelki erőnlét és alkalmasság (fitness) magas foka korrelál a vezetői és kutatói hatékonysággal. Erre vonatkozó adatok már a harmincas évek pszichológiai és szociológiai kutatásaiban felmerültek, pl. Terman és munkacsoportja amerikai vizsgálataiban a vezetők fizikai egészségét fontos korrelatív tényezőnek találta a sikerességben. Ebben az időben pedig inkább Alfred Adler ún. kompenzációs elmélete volt a divat, amely a kreativitást és a nagy szellemi teljesítőképességet fizikai vagy lelki gyengeség vagy betegség túlkompenzációja eredményeként fogta fel. Kétségtelenül vannak esetek, amikor valamilyen – korán, fiatal korban önismeretileg észlelt – gyengeség ellensúlyozásának vágya és következetes törekvése adja a nagy teljesítményekhez szükséges késztetésenergiákat. De ez csak az esetek kisebb részében fordul elő. A nagyobb gyakorisága annak van, hogy a szervezet vagy a pszichikum diszharmóniája nem halad meg bizonyos átlagos fokot (ez az átlagos patológia majd a következő kérdéskör szemszögéből ismét előkerül és abban a kontextusban szólnunk róla); és ez lehetővé teszi, hogy a vezető, alkotó, kutató belső figyelmét ne kösse le testi diszkomfort-érzés vagy belső pszichikus feszültség. Ez azonban ma inkább véletlenszerűen alakul ki, a vezetői, kutatói munkakörökben nincs a megfelelő életmódnak, pihenésnek, kikapcsolódásnak tudatos kultúrája. Pontosabban úgy kellene mondani, hogy nincs egészséges kultúrája, mert kultúrája – vagyis antropológiai értelemben: kialakult hagyomány és divatrendszer van, bizonyos szabadidő eltöltési módok divatosak a vezetők körében, ám ezek elsősorban fogyasztási, ill. státusdemonstrációs jellegűek, ritkán élvezik őket igazán, noha önmagukban lehetnek élvezetes dolgok és valódi kikapcsolódás eszközei (vadászat, utazás, lovaslás, sízés stb: – ismeretesek ezeknek a konzumarculatai). Az egészséges életmódi kultúrában előtérben van a pihenés, szabadidőeltöltés élményarculata, érezhető a fizikai vagy szellemi erőnlétfokozó effektus. Bár nagy jelentőségű az erőnlét, ill. a pihenés, az életmód nem redukálható erre, része ennek a társaság és az emberi kapcsolatok igénybevétele is. Ide tartozik

a szexualitás is. Mindezeknek gyakran a mennyiségi arculata az irányadó a személyiség önvezérlése számára, vagyis úgy érezheti valaki, hogy megfelelő mértékig van társaságban, megfelelő emberi kapcsolatokban él és jó a nemi élete, miközben a valódi élménykvalitások felől nézve komoly hiányosságok lehetnek. Társasági és baráti viszonyok lehetnek nagyon felszínesek, látszatszerűek, formálisak és a szexualitásból is hiányozhat a megfelelő kommunikáció és a lélektani találkozás a partnerrel. Itt is nagyon sokszor válik uralkodóvá a konzumarculat, a lényeges az lesz, hogy milyen (milyen jelentős, fontos) a társaság, a barát és milyen jó külsejű és irigylésre méltó a partner. Majd későbbi összefüggésben kerül elő, hogy a vezetők, alkotók egy részében gyakori az emberi relációk és a szexualitás teljes elhanyagolása is a munkára való beszűkülés jegyében.

A fogyasztói attitűd, a külső értékek preferenciája az élményekkel szemben rendszerint arra a mentalitásra vezethető vissza, ami a tehetséges, ambiciózus – tehát vezetésre, kutatásra, alkotásra alkalmas – emberekben kialakul, kifejlődik. Ezt a mentalitást teljesítményorientációnak szokták nevezni, mivel lényege a társadalmilag, ill. a társas térben elismert teljesítmények hajszolása. Ez iskolában, munkaszervezetben célszerű viselkedésmód, éppen ezt akarja a jutalmak és büntetések szabályozórendszere létrehozni az emberekben. A teljesítményt azonban demonstrálni kell, és ehhez szükséges bizonyos extroverzió. Itt érintkezik a fogyasztói mentalitás a teljesítményorientációval, a látványos fogyasztás (a Thorstein Veblen-féle „conspicuous consumption”) egyfajta teljesítmény, ill. annak jelzője. Ezt fejezi ki Vance Packard már nálunk is közhasznúvá vált „státus-szimbólum” fogalma. A teljesítményorientációval szükségszerűen együtt jár a vetélkedés, ugyanis a teljesítmény mindig viszonylagos, mások teljesítménytörekvése interferál a miénkkel. Sok esetben a teljesítmény éppen a riválisok feletti fölény. Így jelentkezik ezután, hogy nem belső szükségletből, de mégis nagy motivációs erővel törekszik valaki vadászatra, lovaglásra, fáradalmas külföldi útra (időről időre átéljük ennek speciális divatjait, pl. a hetvenes évek elején Spanyolország, második felében Amerika, a nyolcvanas években Japán és Kína, ahová a „menőknek” el kellett jutniuk), szeretőre vagy alkalmi szexuális partnerre. A teljesítményorientációnak számos hátránya van, egyrészt a belső erőforrások kizsákmányoló jellegű igénybevételére sarkall. Előbb-utóbb eljuttatja a személyiséget a beszűküléshez és a teljesítmény területének szinte kizárólagos műveléséhez. Ekkor többnyire kényszerszerű és nem belső örömet adó a tevékenység. Öröm a sikerből, a rivális legyőzéséből, a teljesítmény elismeréséből ered.

E beszűkülés kényszeres, szenvedélyszerű tevékenysége már a köztudatban is feltűnt, így pl. az amerikai köztudatban elterjedt a „workaholic” fogalma. Ezt már újságokban is olvashatjuk, ez azt jelenti, hogy valaki úgy dolgozik, olyan rabságos szenvedéllyel, mint ahogyan az alkoholista iszik, és ugyanúgy elhanyagol érte mindent. Főleg a család, ill. a házasság elhanyagolása gyakori, de ennek következménye a barátok és a pihenési szokások feladása is, amiről szoltunk.

Másrészt a teljesítményorientáció hátránya a személyiség sebezhetőségének fokozódása. Megnyilvánul ez a kimerülés gyakoriságában, ami miatt serkentőszerek használata nem ritka, ilyen serkentő és egyben relaxáló szer az alkohol, amely a vezetők, kutatók körében többnyire rendszeres fogyasztás tárgya, de ilyen a dohányzás és a kávézás is, de megnyilvánul bizonyos pszichoszomatikus betegségek gyakoriságában is. A teljesítményorientált személyiség leírása szinte hajszálra megegyezik az ún. A-típusú viselkedésminta, ill. személyiségvonás leírásával, amelyet a szívinfarktus hátterében találtak meg, pszichológiai oki tényezőként. Nagyon érzékeny a személyiség a sikertelenségre is. Mivel az önértékelés a teljesítmény függvénye a teljesítmény elmaradása nagy meghiúsulás, kudarc. Különbőféle kompenzációk indulnak meg ilyenkor, neurotikus vagy depresszív reakciók gyakoriak. Ugyanakkor a teljesítményorientáció általában előfeltétele annak, hogy valaki eljusson a vezetői vagy kutatói élethelyzethez, hiszen a szükséges ismeretek és készségek megszerzése többnyire csak a teljesítménymotiváció hajtóereje révén lehetséges. Mintegy dialektikus ellentmondás feszül tehát itt. Mindenesetre ennek kihatásai a vezetői eredményességet, alkotóképességet jelentősen zavarhatják, ebből eredően komoly életmódbeli hibák alakulhatnak ki, a személyiség mintegy önmaga zsarnoka és rabtartója lesz. Különösen az idő és az időgazdálkodás terén mutatkozik ez meg.

A másik problémakörrel ez úgy függ össze, hogy a teljesítményorientációval általában racionalitás, gondolati túlsúly, érzeletlenség jár. Ehhez kapcsolódik az emberi kapcsolatok elhanyagolása is, a személyiség mintegy visszavonja a térről energiáit. A kapcsolatok lényege ugyanis emocionális, ha úgy tetszik, irracionális, tehát más, mint a domináns beállítódás tárgya. Ugyanakkor egy ponton túl, miként az életmód és szabadidő-felhasználás, ill. általában időfelhasználás – tekintetében is történik a teljesítményorientációval, a racionalitás is túltengővé válik, és végül inkább nehezíti a vezetői és kutatói munkát, csökkenti az eredményességet. A vezetői, menedzseri tevékenység hatékonyságához ugyanis kell az emberi kapcsolatok érzékelésének képessége és a kommunikáció sajátos készsége. A kreativitáshoz pedig szüksé-

ges a játékosság, a fantázia, a belső vágy és indítékvilággal való bizonyos fokú szembenézés. Más szavakkal, kell a tevékenység és a személyiség nem-racionális oldalainak működése és fejlesztése is. Az előző problémakörrel sok a csatlakozási pont, ugyanis a helyes életmód és pihenés általában ugyancsak magával vonja a játékot, mint a személyiség tevékenységbe való involválódásának és belefeledkezésének eszközét. A kreativitás szempontjából a játék az összefüggések, feltételek, akciók stratégiák változtatásának rugalmas készségét, a kombinációk szaporítását, a nehézségek és akadályok anticipációját fejleszti. Különösen nagy a fantázia szerepe, a fantázia ugyanis lényegében sajátos szimuláció, belső modellképzés, a valóság tesztelésének módja, amely a racionális, szakszerű problémamegközelítés hipotézisgenerátoraként is szolgál. Jól ismert, hogy felfedezésekben, bizonyos eredményekben milyen nagy volt a fantáziatevékenység szerepe. Gyakran a képzeleti folyamatok jelentősége öntudatlan marad, de ezek a folyamatok mindig működnek. A racionalitás túltengése nem szünteti meg ezeket, csak észrevételüket, felhasználásukat nehezíti vagy teszi lehetetlenné. A belső hajtóerők, erőforrások szempontjából fontos, hogy a vezető vagy kutató számot vessen vágyaival és törekvéseivel, mégpedig ezek ellentmondásosságát, diszharmoniait is figyelembe véve. E területre is többnyire fantáziákon át vezet az út, és ha valaki megismeri saját idioszinkráziáit, időnként jobban tudja tudja serkenteni, stimulálni magát. Helyenként mintegy „be kell számítani” helyzetekbe feladatokra való felkészülésekbe, nehéz emberi problémákba, konfliktushelyzetekbe a személyiség különféle gyengéit. Itt említendő a már érintett kérdés, a mindennapi, átlagos neurózis jelensége, az a tény, hogy nincs abszolút lelki egészség, mint ahogyan tulajdonképpen fizikai sincs, hanem kisebb-nagyobb zavarok és az ellenük ható szabályozási erők egyensúlyi állapotai vannak (ez szemléletileg, lélektani ismeretek nélkül is belátható, egyszerűen vonatkoztatva a rendszerelméleti paradigmát a személyiségre). Így tehát mindennapi élményvilágunkban, viselkedésünk vezérlésében mindig vannak zavarok és hibák, ezek mélyebb összetevőit megismerve viszont ezeket részben jobban lehet ellensúlyozni olyan helyzetekben, amikor hatásuk nagyon hátráltató lehet, részben rendellenes erőit fel lehet használni bizonyos lelki célokra.

A rövideg kedvéért neurotikusnak nevezett belső „alvilág”, zavarszféra ismerete a kreativitás fokozásán kívül azért is fontos, mert az emberi erőforrások mozgósításában is nagy szerepet játszik ez a terület, és a másik ember mintegy irracionális viselkedési vagy átélési problémáinak megértéséhez a vezető saját vágy- és késztetésrendszerének jobb megismerésén át vezet az út. Erről is a későbbiekben lesz szó. A mai vezető, ill. teljesítményorientált értel-

miségi egyszerűen nem hajlandó tudomást venni az ember irracionális dimenzióiról, ezeknek megnyilvánulásait valamilyen hibának, akaratgyengeségnek értelmezi, és ezekre mindig valamilyen túl racionális programot kínál megoldásként.

Sajátos helyzet alakult tehát ki korunkban, a szakmai képességek és ismeretek optimális mértékén kívül, ill. túl kirajzolódik olyan tulajdonságok szerepe, melyek eddig nem tűntek jelentősnek. Az új megvilágítás lényeges következménye, hogy a szakmailag érettnak, fejlettnak mondható vezető, ill. kutató emberileg további fejlődésre, fejlesztésre szorul. Ezek az új ismeretek éppen annak jegyében alakultak ki, hogy e téren sokat lehet segíteni a vezetőknek és az alkotóknak, különféle módszerek terjedtek el erre. Mindezek lényege, hogy a vezetők, kutatók és alkotók önmagukkal való foglalkozásra kényszerülnek, erre kapnak ösztönző impulzusokat, rendszerint csoportos közegben. E módszerek a vezetőképzésnek már kezdenek részeivé válni. Még a kutatók ilyenfajta képzésének gyakorlata nem széles körű, ennek talán az az oka, hogy a kutatók körében még eleven a tehetség mítosza (ami korábban a vezetők között is jellemző volt). Ez látszólag racionális, de lényegében igazi irracionális jellegű, ontologizáló elképzelés, a köztudati hagyomány terméke (sokkal irracionálisabb, mint azok a jelenségek, amelyekre a jelzót korábban alkalmaztuk, az érzelmi, indulati, képzeleti folyamatokra), amely megakadályozza, hogy a személyiség vizsgálja önmagát. Az önértékeléshez, önbizalomhoz fenn is kell tartani annak hitét, hogy e tehetséggel a kutató, alkotó rendelkezik. Hiszen ha ebben kételkedni kezdene, akkor saját alkalmatlanságát helyezné kilátásba (mint ahogyan vetélytársaira vonatkoztatva a tehetség hiányát, egyben jelképesen el is tanácsolja őket a pályáról). A tehetség pedig mai ismereteink szerint sokkal kisebb mértékben veleszületett képességtöbblet, sokkal inkább a felkészültség, a megfelelő motiváltság (természetesen bizonyos fokig teljesítménymotiváltság); valamint a megfelelő életmód, ill. játék- és fantáziakészség (jobbfélekteiség”) optimális aránya. Hozzátehetjük, hogy megfelelő szerencse mellett, hiszen nagyon sok külső tényezőtől is függ, hogy a „tehetség” mennyire igazolódik vissza a konszenzuálisan elismert teljesítményeken át. A tudománytörténetben vagy a művészettörténetben nagyon sokszor előfordult, hogy valaki élete végéig „tehetségtelen” maradt, csak később derült ki, hogy nagyon is tehetséges, csak korának és környezetének értékítéletei ezt nem fedték fel.

A vezetői, kutatói racionalitás érzelmi ellenállást mozgósít a most jelzett problémakörrel szemben, ezért a fejlesztés a pszichoterápiához hasonló eszközökkel történik, hasonló lélektani mechanizmusokon át. Ezért van pl. nagy

jelentőségük a csoportos kereteknek, ugyanis egymáson, egymáson át jobban megismerik magukat az emberek. A kölcsönös kommunikáció fontos visszajelentéseket szolgáltathat ehhez. Nem véletlenül szerepelnek a fejlesztő gyakorlatokban szimulációs és vetélkedő játékok, ill. játékos tevékenységformák, fantáziát igénybe vevő feladatok. A tapasztalatok szerint a játék és a fantázia elfogadása könnyebb, mint a saját neuroticizmusé, és mint a saját életmód, időtöltési viselkedésrendszer felülvizsgálata. A különféle önismereti gyakorlatok (többnyire csoportgyakorlatok) általában a diszharmóniás tulajdonságokba közvetítenek bizonyos betekintést. Az életmód, a teljesítményorientáció túlzásai és ellentmondásai azonban eddig kevésbé kerültek elő, ezekre most kezd figyelem irányulni.

Mindenesetre egyre nyilvánvalóbb, hogy a munkaszervezetek emberi erőforrásainak fokozottabb igénybevétele terén az első kínálgató lépés a vezetők alkotók, kutatók – az említett módon a vezetés képletében bevonható fogalmi keretben értelmezve – életmódjának és személyiségének változtatása, fejlesztése. A cél azért fontos, mert a viszonyok megértése a vezetőben, kutatóban önmagában is fejlesztő erejű, katalitikus hatású lehet, megindulhat bizonyos befelé forduló, önvizsgáló érdeklődést, majd pedig felkeltheti az igényt a fejlesztő gyakorlatok, feladatok, kurzusok iránt.

E vázlat a leírtakat alapnak, kontextusnak veszi, inkább a szóba került lélektani mechanizmusokat emeli ki jobban, a szabályszerűségeket példákkal illusztrálja. Hivatkozik számos pszichológiai kísérletre, elméletre, az ezekkel kapcsolatos szakirodalmat (sajnos elsősorban angol, kisebb mértékben német, francia, spanyol nyelven jelent meg ilyen irodalom, de gyarapodik a hazai kiadványok száma is) érdeklődés esetén felajánlja az előadó. Célszerű lenne, ha a beszélgetés és a vita kapna nagyobb hangsúlyt és nem a hagyományos előadás, lényegében ez a szöveg a párbeszéd és a diszkusszió megkönnyítését kívánja szolgálni.

VI.
FOGLALKOZÁSOK,
PROBLÉMATERÜLETEK,
KISEBBSÉGEK

B) HIVATÁSOK

61. Az újságírók lelki egészsége

Tizenöt éve elmúlt már, hogy Kóródi Mária dr. – az újságírók orvosi szolgálatának akkori, még viszonylag új vezetője – felkérésére elkezdtem rendelni a MUOSZ orvosi rendelőjében hetente egyszer. Azóta ez a rendelés folyamatosan tart és mind több újságíróbeteg keres fel munkahelyemen is, rendelősi időn kívül.

Eleinte főleg küldték hozzám a betegeket, főképp neurotikus eseteket, hiszen mint pszichoterapeuta kezdtem meg a rendelést. A súlyosabb pszichiátriai eseteke;, a krónikus alkoholistákat vagy az idegrendszeri károsodással is járó kórképeket inkább a társadalombiztosítás újságíró tagozatának más szakorvos munkatársai látták el. Később e súlyosabb problémák közül is mind több került hozzám, főleg alkoholisták. A másfél évtized során biztosan megfordult nálam vagy ezer újságíró-biztosított, ennek nagyobb része aktív újságíró, és néhány százal volt alkalmam olyan behatóan foglalkozni (részben járóbetegként, részben az általam vezetett pszichoterápiás osztályon), hogy reflektorfénybe kerültek a munkahelyi viszonyok, a szakmai ambíciók, az újságírói identitás kérdései is.

Így azután látszólag illetékes lennék, hogy az újságírók lelki egészségéről beszéljek. Hiszen tapasztalatom van a problémáról elég.

Valójában nagyon nehéz erről érvényes véleményt alkotni. Nehéz az általánosítás. Még nagy szociológiai vagy pszichiátriai intézeteknek is nehéz egy-egy foglalkozási réteg vagy egy-egy település lelki egészségéről nyilatkozni, még akkor is, ha teljeskörű felmérést végeztek, bár erre nagyon ritkán van mód. Települést még könnyebb vizsgálni, ilyenkor csak az a dilemma, hol húzzák meg a normális és a kóros határát. (E téren a pszichiátriában nagyon különböznek a felfogások, ismerünk olyan kutatást, amely a lakosság 83%-át tekinti pszichésen betegnek és kezelésre szorulónak, de vannak eredmények, amelyek számottevő betegséget „csak” a lakosság kb. 15%-ában találtak; a legújabb amerikai felmérés szerint az ottani lakosság 13%-a szenved súlyos pszichés betegségben, ezen belül a lakosság 5%-a alkoholista, és élete során a lakosság 24%-a, tehát kb. egynegyede betegszik meg súlyosabban.) Foglalkozási réteget azért nehéz vizsgálni, mert nagy a kiválasztódás szerepe. Vannak pályák, ahová éppen lelkileg labilisabb emberek mennek. Ott nem azért több a lelki beteg vagy a problémás viselkedésű ember, mert a pálya különösen meg-

terhelő, hanem azért, mert eleve több a pályán a sérülékeny vagy kóros személyiség. De vannak az általánosításnak módszertani hibaforrásai is. Régi pszichiátriai mondás, hogy az a lelkileg egészséges ember, akit a pszichiáter még nem látott. Ez a paradox állítás annyiban igaz, hogy akit lát, abban a pszichiáter hajlamos tünetet felfedezni, és ha egy-egy réteget vagy csoportot vizsgál, a tünetek felnagyulnak, előtérbe kerülnek. Más foglalkozási ágazat vagy csoport így egészségesebbnek látszik, a vizsgálatról pedig kórosabb kép alakul ki. Korszerű kutatások ezért mindig kontrollcsoportot is használnak, mégpedig a vizsgált népességgel összehasonlítható csoportot. Orvosok lelki egészségének vizsgálatakor ügyvédek vagy mérnököket szoktak összehasonlítás-ként ugyanazokkal a módszerekkel és ugyanolyan szempontok szerint vizsgálni. Nyilvánvaló, hogy orvosokat mezőgazdasági lakossággal hiba volna összemérni, hiszen más az életmód, a társadalmi helyzet, más a munka jellege, még a lakóhelyi megoszlás is igen eltérő.

Arra a kérdésre tehát, hogy milyen az újságírók lelki egészsége, igazában csak vizsgálattal lehetne válaszolni. Nem lenne könnyű kontrollcsoportot se találni. Kivel lehetne összehasonlítani az újságírókat? Színészekkel, művészekkel? Írókkal? Netán a pártapparátus dolgozóival vagy államigazgatási dolgozókkal? Felmérési módszerekben járatos szociológusoknak is fogas kérdés lenne ez, különösen ha a kontrollcsoportot életkori összetételhez, a nemek arányához, a családi állapothoz stb. igazítani kellene. Az újságírókkal kapcsolatba kerülő pszichiáternek még azt a szempontot is tekintetbe kell vennie, hogy minden újságírót érint-e a biztosítás (valószínűleg nem, pl. a vidéki újságírókat most kezdték csak bekapcsolni az ellátásba, de ha a jogosultságuk teljes körű is, várható; hogy nem tudják egykönnyen elérni a fővárosban dolgozó szakorvosokat, a budapesti tapasztalatok köréből ezért ők nyilván javarészt kiesnek). Ezután már „csak” az kérdés, a biztosítottak táborának valódi mintáját, reprezentatív részét látta-e, nem volt-e valamilyen sajátos kiválasztódás (pl. főleg enyhébb esetek jelentkeztek, főleg bizonyos korosztály jelentkezett, több különleges probléma bukkant fel az illető orvos szakterülete vagy személyes ismertsége miatt stb. Így pl. esetemben bizonyos, hogy több szexológiai probléma és több öngyilkosságveszélyes állapot csapódott ki nálam, mint az újságírók számára működő szolgálat többi ideg orvosánál). Még ezután is megkérdőjelezhető minden vélemény, jól látta-e valaki, amit látott, jól ítélte-e meg tapasztalatait.

E sorok írójának benyomásait még ez a megkérdőjelezés is fenyegeti, hiszen nem „igazi” pszichiáter. Az igazi pszichiáter ma minden pszichiátriai betegséget örökletes eredetűnek tart. Ezt tehát az ember génjében hordozza. A

betegség kockázata olyan, mint az ismeretlen időzítésű bombáé. Egyszer csak robban. A mai pszichiátria nem sok jelentőséget tulajdonít az életkörülményeknek, foglalkozásnak, a személyiséget érő külső hatásoknak, ezek „nemspecifikus stressztényezők”, amelyek persze nagy mennyiségben és intenzitásban előbbre hozhatják a sebezhető személyiség dekompenzációját. A mai pszichiátria számára az a kérdés, hogy egy-egy foglalkozás lelkileg veszélyeztető-e, csak annyiban értelmes, hogy a magával hozott kóros hajlam, sérülékenység mellett elviselhető a szakma stressze, vagyis a hajsza, idegeskedés, izgatott várakozás, kockázatvállalás, konfliktus stb., és hogy ez a stressz többbe vagy kevesebbe, mint más szakmáé. Korunk igazi pszichiátere ezért nem is nagyon törődik azzal, hogy a beteget mi érte, hanem az érdekli, volt-e a betegnek már korábban is hasonló állapota, volt-e családban pszichiátriai beteg. A nehéz körülményekre, krudélis főnökre, rossz munkahelyi légkörre panaszkodó beteget tudományos szinten úgy szokták elkönyvelni, hogy láthatóan kórosan érzékeny személyiség, belőle ered a sértődékenység (a „szenzitivitás” – a pszichiátriának ezerszámra van ilyen jófajta megjelölése mindenre raktáron, ékes görög és latin, újabban angol: „borderline”, „unstable” stb. kifejezések formájában); ő termeli maga körül a konfliktusokat, ő áraszt állandó elégedetlenséget. Az érv az szokott lenni, hogy azonos körülmények között ugyanazon főnök alatt még 15 ember dolgozik, és azoknak nincs ilyen bajuk. Vagy: másnak is beteg a gyereke, rossz a férje, kikapós a felesége, mégsem iszik miatta...

Ezzel a szemlélettel nem tudok egyetérteni, és ugyan elismerem, hogy vannak genetikai tényezők a pszichiátriai betegségekben, a személyiség egészségének vagy kórtanának meghatározóját a nevelő család légkörében, a személyiséget fejlődésében formáló interperszonális hatásokban látom, majd pedig azokban a karaktervonásokban, ambíciókban, célokban, amelyek jegyében a személyiség felnőttkorban önmagát fejleszti és szervezi, továbbá azokban az emberi kapcsolatokban és szervezeti (többnyire munkaszervezeti) viszonyokban, amelyekben felnőttként él. Ilyen értelemben azt a foglalkozást, amelyben a személyiség önmagát megvalósítani szeretné, és amely nem csupán „meló” számára, hogy a bér mint a munkaerő ára” segítségével megélni tudjon, azt lélektani lényege szempontjából fontosnak és lelki betegségeiben is tényezőnek tartom. Az újságírást (és itt kell kiterjesztenem a fogalmat, mert az újságíróbiztosítás is részben így teszi: a rádiós és televíziós munkát) pedig félig-meddig hivatásnak is érzem, hiszen azt nem lehet mondani, hogy különösebben megfizetett munka lenne. Legalábbis fő munkaként. Ha az újságíró nem feleség vagy jobban kereső hitves férje, akkor a mai értelmiségi életkörülménye-

ket biztosító jövedelemhez csak akkor jut, ha még különmunkát is vállal, különféle lapokba dolgozik. Nehogy a hölgyek megsértődjenek, a „feleség” státushoz is hozzá kell tenni, hogy többnyire munkaidőn kívüli tevékenységgel szerzett – jó jövedelem is kell, hogy valaki beérhesse azzal, amit újságírói munkájáért kap, és nem ritkák azok az újságírók, akik keményen dolgoznak azért, hogy családjuknak, gyermekeiknek megfelelő életszínvonalat biztosíthassanak.

Az újságírói foglalkozást – vagy az előző gondolatokból extrapolálva: hivatást – lelki egészségben és betegségben egyaránt fontosnak tartom. Így tehát az újságírók lelki egészségéről mégiscsak összefoglalom véleményemet, hiszen az elmondottak alapján a sokféle hibalehetőséget az olvasó ellenőrizni tudja, és ez a következő:

Az újságírók valóban veszélyeztetettebbek a lelki egészség szempontjából, mint más értelmiségi foglalkozás művelői. Ez egyben sajnós a fizikai egészség fokozottabb veszélyeztetettségét is jelenti, hiszen ma már tudjuk, hogy a pszichés betegségek együtt járnak a pszichoszomatikus betegségek, különösképpen a szívkoszorúérbetegségek nagyobb gyakoriságával. A veszélyeztettség több körülményből adódik. Egyik maga a pályára kerülés. Vannak, akik kényszerültek e pályára. Az ötvenes évek káderpolitikája sokaknak jelölte meg ezt az utat. Ma pedig másutt elhelyezkedni nem tudó, gyakran magasabb végzettségű, más értelmiségi ambíciójú fiatalok érzik úgy, hogy meg kell ragadniuk az újságírópályán kínákozó lehetőséget, mert más értelmes állásba aligha juthatnak. Ezek az emberek többnyire elégedetlenek sorsukkal, a munkakörrel azonosulni nem tudnak. Ez folyamatos lelki feszültség és megterhelés forrása. A többség azonban választotta ezt a munkát. Kibontakozni, hatni szeretne. Van világnézete, elkötelezettsége, vannak elvállalt értékei, amelyek képviselőjére szánta el magát. Szeretne javítani, változtatni a világon. Ezzel együtt szeretne önmaga is fejlődni, előre jutni, új feladatokkal megküzdeni. Ezek az emberek eleve labilisabb, érzékenyebb személyiségek. Kissé túlozva azt lehetne mondani, ha nem így lenne, erre a pályára nem is vállalkoztak volna. Ha érettebbek, kiegyensúlyozottabbak lettek volna, akkor kevésbé csábította volna el őket a pálya presztízse, nem lettek volna olyan naivak, hogy azt higgyék, és nem remélték volna, hogy önmagukat ezen a pályán meg tudják valósítani. Nekik az elismerés hiánya, az elképzeléseiktől erősen eltérő munkakör, az előrehaladás nehézsége jelent lelki terhet. Különösen nehezen viselik a konfliktusokat. A konfliktus az újságírók világában mindig a felettesekkel van, és mindig a beosztottakat viseli meg. A horizontális munkamegosztás általában ritka, az azonos rangú munkatársak ritkán működnek

együtt, a munkakapcsolatok többnyire vertikálisak. Ez nemcsak a sajtóban, hanem a rádióban és a televízióban is így van, noha e két utóbbi intézményben a munka gyakran folyik teamekben.

Az újságírói munkában feszültségforrás, hogy a munka értékelésének hiányoznak az objektív kritériumai. A felettesek szempontjai a mérvadók, ezek gyakran önkényesnek és rendszertelennek tűnnek, máskor túlzottan aggályosnak. A munka értékelése körül alakulnak ki leggyakrabban a konfliktusok. A lelki egészség szempontjából csak azok a konfliktusok a lényegesek, amelyek elhúzódóak és a résztvevők tartós negatív viszonyulását hordozzák magukban. A konfliktus lelkileg leginkább annak megterhelő, aki ebben a fenyegetett helyzetben van. A vezetők és beosztottak ilyen elhúzódó konfliktusában az alárendelt fél van többnyire fenyegetett helyzetben, hiszen egész munkaköre, néha munkahelye is veszélyben forog, ráadásul tevékenységének negatív minősítése önértékelését is megterheli. Vannak túl kritikus konfliktustermelő vezetők, ám a konfliktusok szerkezete – ha valaki az objektív valóságot próbálja rekonstruálni – legtöbbször hasonlít a görög sorstragédiákéhoz, mert egyik fél sem hibás a szó szokványos értelmében, és mindegyiknek rossz, hogy ellentét alakul ki. A beosztottak hátrányait nem kell részletezni, viszont a rovatvezetők, főszerkesztők gondjai már nem olyan közismertek, pedig ezek is megvannak. Ők még bonyolultabb szervezeti és politikai térben mozognak és gyakran érzik, hogy munkatársaikra nem támaszkodhatnak eléggé, hogy azok visszaélnek engedményeikkel.

A szakmai ambíciók, aspirációk szerepét bizonyítja, hogy az újságírók kimerüléseinek és neurotikus reakcióinak, betegségbe menekülési kísérleteinek mélyén ritkább a nyílt, interperszonális konfliktus – pl. az ellentét a főnökkel – viszont gyakoribb az a jelenség, amit intrapszichikus konfliktusnak nevezünk. Ez belső összeütközést tükröz, egyik pólus mindig a vágyak, igények, elképzelések, a másik a valós viszonyok körül alakult ki. A személyiség érzi, hogy nem teljesít nem felel meg az önmaga elé állított követelményeknek (gyakran a hivatalos munkahelyi követelményeknek sem). Ez leginkább a családi, magánéleti megterhelések és csalódások következtében történik, vagy valamilyen betegség, életprobléma hatására, és gyakran a teljesítési zavar az, ami depressziót, neurotikus feszültséget vált ki. Ehhez rendszerint kapcsolódik a tágan értelmezett munkafeltételek csüggeteg átélése, olyanoké, mint a lap vagy a rádiós, ill. televíziós beosztás jellege, ami igencsak korlátozottá teszi a hatás lehetőségét, vagy azoké az akadályoké, amelyek bizonyos érdekes, aktuális vagy társadalmilag fontos kérdések feltárását gátolják (ezek

a tájékoztatáspolitikai meggondolásoktól, különféle tilalmaktól az adott főszerkesztők félénkségéig terjednek).

Ebből áll azután össze a letörés, a tünetképzés, a kimerülés, a „kiborulás”. A legnagyobb dinamizáló ereje neurotikus reakciókban természetesen a magánéleti problémáknak van, de ezek nem gyakoribbak az újságírók között, mint más értelmiségi rétegekben. A sajátos itt az újságírói hivatás gondjainak felerősödése és egybefonódása a magánéleti nehézségekkel. Ezek együtt teszik ki a neurotikus egyensúlyvesztést.

Sajnos, az ilyen állapotoknak csak kisebb része kerül felszínre. Mint az élet más terén is, itt is könnyebben vállalják el a nők, hogy kimerültek, bajban vannak, tüneteik miatt munkaképtelenek. De köztük is megvan az, ami a férfiakra szinte általában jellemző. „Nem engedik el magukat” a legtöbben a bajban. Nem kérnek segítséget. Igyekeznek titkolni a bajt. Inkább szabadságot vesznek ki. Az újságírói pálya gyakran lehetővé teszi az alacsonyabb teljesítőképesség ideiglenes leplezését, lehet tehát várni egy ideig. Lehet szedni a közismert nyugtatókat. Gyakran „segít” az alkohol is. Pedig jobb lenne szembenézni a helyzettel. A neurotikus tünetek, a feszültség, a lehangoltság – mind jelzés, hogy nincs rendben valami, változni és változtatni kellene. A neurotikus állapot véleményem szerint nem csupán betegszerű élethelyzet, sőt, nem csupán az egzisztencia bajának jelzése, hanem alkalom, ösztönzés is lehet a fejlődésre. Ma úgy látjuk, hogy a személyiségnek felnőttkorban, sőt öregkorban szüntelenül fejlődnie, integrálódnia kell. De legtöbbször kitér e lelki feladat elől, különféle statikus egyensúlyokba kapaszkodik, kompromisszumokat köt, helyzetek javulásában reménykedik. Ilyenkor gyűlnek, növekednek a félelmek, feszültségek kedvetlenségek. Ha nem vállaljuk el a kimerülésünket, pihenéssel tüneti szerekkel, kisebb döntések segítségével visszaállíthatjuk a cégi egyensúlyt, de nem szabadítjuk fel a fejlődés meggátolt folyamatait. Bár a felszínre engedett neurózis nem biztosíték arra, hogy valami a személyiségben változik, az orvos – sőt a pszichiáter – sem garancia erre (még azt is be kell vallani, hogy a gyógyszer, a mereven értelmezett diagnózisa már említettek szellemében – alkalmanként még nehezíti is a betegek dolgát és különféle, egzisztenciális vagy egészségügyi szövődményeket is okozhat), mégis nagyobb a valószínűsége, hogy történik valami, ha segítséget kérünk, ha valaki másnak megpróbáljuk megfogalmazni, mi történt velünk, ha megkíséreljük megérteni önmagunkat.

Az ital talán a legrosszabb megoldás ilyenkor. Nemcsak azért, mert az integrálódás késztetését lecsendesíti, feloldja, a feszültség csökkentésével együtt. Azért is, mert az alkohol alattomos szer, egy ideig nemcsak old, hanem

serkent is. Lehet tehát eszköznek használni az aspirációk és a valóság konfliktusának megoldási kísérleteihez. Ezenkívül az alkohol kommunikációs eszköz is. Lehet társakat találni a révén. „Szerepkelléknek” is megfelel, hiszen hány neves régi szerkesztő volt ismertén italozó ember, mennyi régi jó szerkesztőségi kollektíváról szól a legenda, hogy igencsak éltek az itallal. A férfiaknak ezért a szerkesztőségekben elnézik az ivást. Csak a nők lesznek otthoni ivóvá, ők igyekeznek évekig rejtegetni a „gyógyszert”, amit számukra az alkohol jelent, mígnem azután a következmények már eltitkolhatatlanok lesznek. Az alkoholban az a különlegesen káros, hogy képességeket és motivációs energiákat pusztít, ezáltal nemcsak a fejlődést gátolja, hanem lényegében visszafejlődést okoz. Hosszú távon nagyon rosszak az esélyek. Szervi betegség, pszichiátriai kórkép (az ismert delírium és a kevésbé ismert, de nem sokkal ritkább alkoholos hallucinózis) vagy öngyilkosság a végeredmény, ha a folyamat nem áll le.

Ma azt is tudjuk, hogy a féken tartott, elfojtott ideges feszültség jelentősen megnöveli a kardiovaszkuláris betegségek kockázatát. Részben a dohányzás is hat. A dohányzás valószínűleg gyakoribb az újságírók között, és ha nem is dohányzik valaki, megkapja az adagját a mások füstjéből. Ha valamit bátran lehet általánosítani, akkor az az, hogy a magyar szerkesztőségek zsúfoltabbak, szűkösebbek, mint más, hozzánk hasonló fejlettségű országokban, így hát a dohányzás a munkahelyeken e pályán korántsem magánügy. De hat a szívre a szorongás, a feszültség önmagában is.

Most már javában olyan körülményekről beszélünk, amilyenek ma újságírók lelki egészségét mint veszélyeztetettet mutatják be. Az elmondottak különösen érvényesek az újságírók, rádiósok, televíziósok nevesebb vagy vezető rétegeire, ahol nagy a versengés, ahol nem lehet gyengének lenni, a tüneteket nem lehet elfogadni, mert tartanak attól, hogy valaki megtudja és oda az a kedvező kép, amelynek kialakításában mindenki fáradozik önmagával kapcsolatosan...

A lelki egészséget nem csupán a megbetegítő körülmények, a megterhelések veszélyeztetik. A lelki egészség állapota függ attól is, hogyan védekeznek az emberek ezek ellen, hogyan igyekeznek elhárítani a károsító hatásokat. Ha ezt az oldalt nézzük, határozottan kikíváncozik az általánosítás: az újságírók e szempontból veszélyeztetettebbek, mint mások! Kevés a mozgás, kevés a sport, fejletlenek a pihenési szokások, alig van a feszültségvezetésnek természetes módja, az újságírók életében általában nem a pálya megterhelésének ellensúlyozását szolgálja a szabadság eltöltésének módja sem. Nagyon kevés újságírónak van hobbija. Mindezt nem csupán a páciensek elbeszéléseiből tu-

dom, immár sok az ismerős, barát is e pályáról, és mint viszonylag gyakran szereplő interjúalany, kerekasztal-tag vagy megkérdezett szakértő is érintkezem újságírókkal és beszélgetek velük...

Olyan gond ez, ami ellen tenni kellene valamit. Az már sokakban felvetődött, hogy az újságírók lelki egészségét valahogyan védeni kellene. Sokakban érik ez a tudatosság. De általában nem jól közelítenek a megoldáshoz. Három alkalomra emlékszem, amikor meg is kerestek vagy kérdeztek nem páciensként jelentkező, de a maguk területén tekintéllyel bíró újságírók arról, hogy mit lehetne tenni. Egyik alkalommal egy kollektíva aggódó tagjai jöttek el, mert ketten meghaltak, többen kórházba kerültek egy-két éven belül közülük infarktus miatt. Vizsgálatot akartak, a hajszát, a munkatempót, a vezetési és irányítási viszonyokat, az összeczártságot stb. hibáztatták, valamilyen módon egészségre ártalmas munkahelynek szerették volna minősíteni posztjukat. Ebben nem tudtam segíteni. Máskor a szűrés gondolata vetődött fel. Ez sem egyszerű dolog, még ha volna rá pénz és intézményes háttér is. Ha lehet megpróbálkozni vele, csak előnyös lenne. Úgy hallom, most is vannak törekvések erre, emberek lelki és testi egészségét felelősen vizsgáló, jól felszerelt intézet ajánlott fel segítséget erre. Nagyon fontos lenne, hogy ezen minél több újságíró vegyen részt, ha ez megvalósul.

De addig is tenni kellene valamit. Nyugodtan tekinthetjük úgy, hogy a felmérés már lebonyolódott, és az eredmények nagyon rosszak. Itt az idő, hogy elkezdjünk védekezni a pálya nemkívánatos mellékhatásai, ártalmi ellen. Amit a felmérés adataiból esetleg testre szabottan és pontos tanácsként kaphatunk meg, azt máris elkezdhetjük gyakorolni. Két útja van a tennivalóknak. Egyiket az egyének maguktól járják. Mindenki megszervezheti körültekintően kikapcsolódását, megkeresheti a pihenésnek azt a módját, ami számára a legjobban esik. Kereshet ehhez segítséget is. Elkezdhet különféle mozgásprogramokat. Beszélük, hogy az újságíró-tagozat régi főorvosa, aki a felszabadulás után hosszú ideig töltötte be tisztét, Lax dr., mindenkit buzdított mozgásra, úszásra. Maga is állandóan járt uszodába, ahogyan egy régi betege visszaemlékezik rá, reggelente szinte „névsort olvasott”, figyelte, hogy páciensei közül ki az, aki ott van, mozog, törődik magával. Elkeltne most is ilyen buzdítás, de a mozgás gondolata ma már eléggé a köztudatban van ahhoz, hogy ezt mindenki maga is elhatározhatja. De lehet keresni egyénileg is súlycsökkentő programot, dohányzásleszoktató vagy önismereti csoportot, ezek ma már hirdetik magukat, nem kerülnek sokba. Még az újságíróbiztosítás ideg orvosaihoz is lehet fordulni tanácsért. Egy kezemen meg tudnám számolni azokat az újságírókat, akik az említett 15 évem alatt egészségesebb élet-

módra, ellenállóbb lelki egyensúly megszerzésére vonatkozó tanácsot jöttek volna kérni.

A másik utat szervezetek, intézmények biztosíthatják. Az egyes ember ugyanis gyakran azért hagyja elaludni magában a változási szándék pislákoló lángját, ami egy-egy feszült-fejfájós időszak, néhány másnaposság vagy nikotinabúzus utáni szívszűrés nyomán fellobban, mert nem talál könnyen feltételeket, támogatást. Menne úszni, de nincs a közelben uszoda, szaunázna, ha tudna, tenne valamit a testsúlyáért, az ital ellen stb., de hova menjen? Sajnos, ezekben a kifogásokban sok az igazság. Ezért világszerte erősödik az a törekvés, hogy feltételeket kell teremteni és alkalmakat kell nyújtani. Rendszerint a munkahelyek vállalják ennek szervezését és költségeit. Nagyon egyszerű gazdasági számítások készítenek erre a munkaadókat. A betegség ugyanis sokba kerül a munkahelynek. A lelki betegség is. Vannak már gazdaságossági számítások, hogy a hiányzások, a rossz munkahelyi légkör miatti teljesítményromlás és hibák milyen költséggel járnak... Ennél olosóbb, ha szervezett megelőző programokat pénzelnek, ezek hatékonysága ugyanis behozza a ráfordításokat. Többnyire kiscsoportos keretben folynak a programok. Mindenütt előtérben áll a mozgáskedv felélesztése, a mozgáskultúra fejlesztése. De sokat foglalkoznak a közérzetet és az énképet javító lehetőségekkel is, valamint a különböző káros szokások leküzdésével. Vannak feszültséglevezető csoportok. Igen fontosak a relaxációs módszerek, ezek a pihenés koncentrált epizódjait tanítják meg. Hasznosak lehetnek az önismeretfokozó és a személyiségfejlesztő csoportok is. Újságírók különösen sokat profitálnának az imaginációs és kreativitásfokozó komplex módszercsomagokból.

Ilyesmit nálunk is lehetne szervezni, fokozatosan létre lehetne hozni az ilyen megelőző lélektani munka kultúráját. Lapkiadók, rádió, televízió és más intézmények könnyen megteremthetnék ennek feltételeit, még a társadalombiztosítás is érdekelt lehetne ebben (melynek figyelme napjainkban – igen helyesen – mindinkább a megelőzés felé fordul). Mondjuk ki nyíltan: a magyar újságíró-társadalom érték, amelynek megőrzéséért érdemes mindent megtenni.

A magam részéről ehhez még azt is hozzátenném, hogy a magyar újságíró-társadalom sok megpróbáltatáson átment, küzdelmes életű, többnyire elkötelezett, jó szándékú, szimpatikus emberek csoportja. Akinek a szokott orvosi kötelességtudaton túl is jó dolog segíteni. S még jobb lenne lelki egészségük védelmében hatékonyabban is közreműködni...

62. Az orvos lelki egészsége

Az alkoholfogyasztás jellege az orvosegyetemi évek alatt. Egy évfolyam követéses vizsgálata

A szakirodalomban elterjedt az a nézet, hogy az orvosok alkoholizmusának prevalenciája 7-10%, és ez kb. megfelel az egyetemet végzettek és a hasonló társadalmi réteghelyzetűek prevalenciájának. Hiányoznak még azonban az orvosok ivási szokásairól a megfelelő adatok, és különösen az nem ismeretes, hogy az egyetemi évek alatt hogyan alakul az ivás. Ennek tisztázása érdekében a szerzőcsoport a négy első éven át egy teljes egyetemi évfolyamot vizsgált. Minden évben kb. az évfolyam 80-90%-át sikerült felmérni, külön gondot fordítottak arra, hogy a valamilyen okból kimaradtakat a következő évben elérjék, és a kiesések ne okozzanak nehézséget az általánosítás számára. Mérték az elfogyasztott italok mennyiségét és minőségét, kikérdezték az ivási alkalmakról a diákokat, és természetesen összes lényeges szocioökonómikus adataikat felmérték. A közlemény ezeket részletesen bemutatja. Az abúzus, az alkoholizmus, az excesszív ivás stb. kritériumait a DSM-III, a Research Diagnostic Criteria és a Diagnostic Interview Schedule szerint határozták meg. A diákok családi anamnéziséét is felvették, pszichológiai tesztekkel vizsgálták őket stb.

Az adatok szerint a férfiak az első két év során jóval többet ittak a nőknél, az elfogyasztott mennyiség azután fokozatosan csökkent. A nők viszont az első három évben kb. azonos mennyiséget fogyasztottak, fogyasztásuk a negyedik évre csökkent. A hallgatók 11%-ában találtak kb. hat hónapos periódusra kiterjedő excesszív ivást, a hallgatók 32%-a ivott időnként excesszív mennyiséget, és az első két évben a hallgatók 18%-a volt abuzív ivónak tekinthető. Érdekes adat a vizsgálatban, hogy a sokat ivók is mérsékelten ivónak minősítették magukat, vagyis az évfolyam normái favorizálták az ivást. Érdekes adat az is, hogy az ivás mértéke és problematikus jellege neccsi mutatott összefüggést a családban található iszákosokkal ill. ivási szokásokkal, a gyógyszer vagy drogfogyasztással, sőt, a tesztekkel és standard kérdőívекkel mért depresszióval vagy neuroticitással sem. Az alkohollal visszaélő diákok az első évben jobb eredményeket értek el, mint a nem ivók vagy az átlagosan fogyasztók, később kb. az eredmények hasonlóak voltak.

A szerzők azt a következtetést vonják le, hogy az alkohol az egyetemi élethez való alkalmazkodást segíti elő. Valószínű, hogy az ambíciózus és tehetséges diákok az alkohol fogyasztásával tudják csökkenteni stresszeiket. Az egyetemi évek alatt kialakuló ivási minták azonban, más vizsgálatok szerint hajlamosak a későbbi fennmaradásra, és a rendszeresen ivók nagyobb veszélyben vannak a későbbi szövődmények és az alkoholizmus szempontjából. A szerzők szerint már az egyetemi évek alatt küzdeni kellene a medikusok ivása ellen. Ennek jó eszköze lehetne olyan hasonló követéses felmérési program, mint amit a szerzők elvégeztek azonban a kapott eredményeket vissza kellene csatolni, a medikusokat konfrontálni kellene ivási viselkedésükkel, pl. azzal a ténnyel, hogy alábecsülik ivásukat. Kellene továbbá több oktatás az alkoholfogyasztással és az alkoholizmussal kapcsolatosan.

Áttekintés az orvoscépzésről az alkohol- és a drogabúzus tárgykörében

Bár az amerikai medicina az alkoholizmust Benjamin Rush nyomán immár 200 éve betegségnek tekinti, az orvosok keveset foglalkoztak az alkoholizmussal, és alig kaptak megfelelő képzést e téren, egészen a legutóbbi időkig. 1982-ben egy felmérés szerint az orvosok 71%-a úgy érzi, hogy nem ért eléggé az alkoholizmushoz és nem szeret ilyen betegekkel foglalkozni. Bár tudjuk, hogy a kórházi felvételre kerülő betegek 20-50%-a alkoholizmus vagy alkohol okozta szövődmény miatt kerül kórházba, a beküldő diagnózisokban csak 5%-ban van ennek nyoma. Ugyanakkor a betegek többsége (90% felett) az alkoholizmust betegségnek tekinti és orvoshoz akar fordulni vele. A nem kielégítő egyetemi felkészítés miatt az orvosok az alkoholizmus kezdeti fázisait, ill. egyes szövődményeit általában nem is ismerik fel. Csak 1971-től kezdve, a Macy Alapítvány és a National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1973-tól National Institute on Drug Abuse) kezdeményezésére szaporodtak meg az egyetemeken a korszerű kurzusok. Néhány egyetem igen jó kurzusokat vezetett be. Napjainkban az oktatás tartalmilag és a képességeket illetően az alkohollal kapcsolatos problémák korai diagnosztikájára és megfelelő kezelésbevitelére irányul. Számos alapítvány pénzügyileg is dotálja az egyetemeket, ha korszerű oktatási programokat vezetnek be. A megfelelő oktatás még nem terjedt el eléggé, és számos helyen azért nem hatékony, mert nincs pl. az egyetem keretében korszerű alkoholbetegellátó egység, a medikus nem tudja a megszerzett ismereteket gyakorolni, nincs megfelelő szerepmóddel a számára az alkoholistákkal foglalkozó idősebb orvosok között. Tovább-

ra is fejleszteni kell tehát az orvosképzést az alkohol- és drogabúzus megelőzésének és kezelésének ismeretei és gyakorlati készségei szempontjából.

Száz alkoholista orvosnő. Kikérdezéses vizsgálat

Egyelőre nincs elegendő adatunk arra, hogy hány alkoholista van az orvosnők között. Az alkalmatlanság miatt kezelésbe vett orvosok (impaired physician program) között sok a nő, bár csak töredéke a férfiaknak. Főleg fiatal nőket érint az alkoholizmus. A kérdés tisztázása érdekében a Névtelen Alkoholista mozgalomtól kértek adatokat magukat alkoholistáknak valló, a Névtelen Alkoholista csoportoktól segítséget kérő nőkről, ezek közül százat kérdeztek ki szakemberek. A cikk különböző bontások szerint mutatja be a vizsgálat adatait, a kiválasztott nők (95 orvosnő és 5 medikusnő) szocioökonómikus jellemzőit, az ivás sajátosságait, az italozás miatti problémákat és szankciókat stb. Az adatokból kitűnik, hogy 32 esetben kíséreltek meg az alkoholista orvosnők már öngyilkosságot, többségük – legalább egy ideig – abuzív módon fogyasztott más drogokat (különösen amfetaminokat, benzodiazepineket és barbiturátokat). 72-en már átettek kezelésen, de ez nem volt eredményes. 23-an fekdtek már hosszabb ideig kórházban az elvonás miatt. 32 orvosnőt már letartóztattak legalább egyszer ivás miatt (pl. ittasan ültek a volánhoz), 15-tel szemben volt műhibaper. Sok beteg elveszítette az orvosi működés lehetőségét, gyakorlatilag mindegyik lecsúszott az orvosi ranglétrán. Az ivás okai között fiatalkori személyiségzavar, szerepkonfliktus, házassági feszültségek, a családi élet miatti túlterheltség és más, szokványos okok játszottak közre. A kiválasztott esetek mind javuló esetek voltak, kritériumként szerepelt, hogy legalább egy éve már ne igyanak rendszeresen.

A 100 eset tehát nyilvánvalóan nem tekinthető mintának, de azért valamennyire tipikusan a talált elváltozások. A fő konklúzió, amit a szerzők levonnak, az, hogy a vizsgált nők már orvosi pályájuk kezdetén is számos jelét mutatták a veszélyeztetettségnek, ill. az ivásnak. A betegsége szerű iszákosság nyilvánvalóvá válása előtt sok évvel már megmutatkoztak olyan jelenségek, amelyek miatt kezelésbe lehetett és kellett volna venni őket. Mint kitűnt, a környezet igyekezett nem észrevenni az ivást, a nők nem kaptak segítséget az ivás leküzdésére. A szerzők a korai kezelésbevételt ajánlják.

A cikkhez a lap szerkesztőségi közleményt is íratott Emanuel M. Steindlerrel, aki egy alkohol- és drogellenes orvosszövetség vezetője (2954-55. oldal ugyanebben a JAMA számban). Ez azt hangsúlyozza, hogy az amerikai orvostársaság által kezdeményezett alkalmatlanság miatti rehabilitációs programok – impaired physician programs – vezetői, ill. tisztségviselői között ke-

vés az orvosnő. Ez azt eredményezi, hogy az alkoholista vagy más szempontból dependens orvosnők nem tudnak hová fordulni segítségért. E programok ugyanis lehetővé teszik a korai kezelést, és egyben védik az orvosnők szakmai jövőjét is.

A georgiai orvostársaság programja az alkalmatlan orvosok rehabilitálására. Az első 1000 orvos felmérése a programban, szakmák szerinti elemzés

Az amerikai orvosszövetség 1972-ben definiálta, hogy alkalmatlan orvos az, aki nem képes megfelelő készségekkel folytatni orvosi működését, ill. nem a kellő biztonsággal végzi azt, testi vagy lelki betegsége, beleértve alkoholizmusa vagy drogdependenciája miatt. Mivel az ilyen esetek egyre gyakoribbnak tűntek, az amerikai orvosszövetség 1975-től egész Amerika területén, államonként kezdeményezett rehabilitációs programokat, amelyekbe minél korábban igyekeztek felvenni az orvosokat. Az Oregon államban 1975-ben induló és azóta folyamatosan folyó program 1986 márciusában vette fel az ezredik orvost. Ezt a csoportot vizsgálták, a cikk a vizsgálat adatait mutatja be, összehasonlítva az 1000 orvos megoszlási viszonyait az állam, ill. az egész USA hasonló megoszlási adataival. Az adatok közül kiemelendő, hogy mindössze 21 olyan orvos volt, aki nem szenvedett valamilyen kémiai szer abúzusában, 92%-uk e dependencia miatt vált alkalmatlanná, 66%-uk volt alkoholista, de a más dependenciában szenvedők közül is sokan ittak. Kiugróan sokan voltak az alkalmatlanok között gyakorló (általános, ill. családi orvoslást folytató) orvosok. A kutatást a szerzők folytatják és az eredményeket, pl. a rehabilitációs kezelés eredményeit, későbbi cikkeikben adják közre.

Oregoni tapasztalatok a próbaidőn lévő alkalmatlan orvosokkal. Nyolcéves követés

Oregon állam korán kezdett foglalkozni az alkalmatlanná vált orvosok rehabilitációjával, és több vizsgálat is folyt itt erről. A hetvenes években a rehabilitáció alatt lévő orvosok között sok volt az öngyilkosság, és ez ráirányította a figyelmet arra, hogy a rehabilitációs programok hatékonyságát is vizsgálni kell. A szerző 63 olyan orvost vizsgált követéses módszerrel, akik már javultak, négy éve vesznek részt a programban, és lényegében már próbaidőn vannak, csakhamar teljesen gyógyultnak és alkalmasnak nyilvánítják őket. 4 nő volt a betegek között. 14 alkoholistát és 26 drogdependenst találtak az orvosok között. A követési idő alatt ketten lettek öngyilkosok és ketten haltak meg termé-

szetes halálok miatt, mindkét szám a kis csoporthoz képest magas. Az alkoholisták és a drogbetegek a próbaidő alatt kb. fele részben visszaestek, de folytatták a programot. Azok javultak kielégítően, akik szoros ellenőrzés alatt álltak, pl. a drogfüggők közül azok, akiket a vizelet vizsgálatával ellenőriztek. Az elmebetegség miatt alkalmatlanná váltak javultak a legnehezebben. Oregon államban egyébként elég szigorúan veszik az orvosok alkalmasságának kérdését, viszont nagy propagandát folytatnak, hogy az orvosok mielőbb jelentkezzenek a rehabilitációs programba és kerüljék el a fegyelmi, ill. az alkalmatlansági következményeket. A rehabilitációs programba vett 675 orvos közül (8 év alatt) 33% elveszítette működési jogát, vagy elveszítette volna, ha nem vállalja el a kezelést.

A testileg károsodott, fogyatékos orvos

Ismeretes, hogy az orvosok között is sok a fogyatékos és a krónikus beteg. A betegségek általában már az orvosi pálya alatt keletkeznek, de számos fogyatékos fiatal választja az orvosi pályát, és sok orvosegyetem nagyon liberális a fogyatékosok felvételével. A legkonzervatívabb becslések szerint is az amerikai orvosok 4%-a károsodott, ill. fogyatékos testileg, ez kb. 18.000 embert jelent. A pálya közepe táján károsodott orvosok általában folytatják hivatásukat, így pl. 19 vak orvos a megvakulás után átlagosan 16 év múlva is még a pályán volt. Sok a béna és mozgáskorlátozott. A hátrányos helyzetű, ill. fogyatékos orvosok az Egyesült Államokban társaságba tömörültek, e társaság adatai alapján választottak ki 142 férfit és 33 nőt részletesebb vizsgálatra. Többségük neurológiai károsodott vagy érzékszervileg fogyatékos volt. Az esetek 20%-ában a fogyatékoság megvolt vagy az egyetem kezdete előtt mutatkoztak a jelei, 10%-ban pedig az egyetemi évek alatt kezdődött. Az egyetemre főleg mozgáskorlátozott fiatalokat vesznek fel, pl. egy 1980-as felmérés szerint 13 kerekesszékhez kötött fiatalot, 11 amputáltat, 7-7 fogyatékos látású és hallású medikust engedtek felvételre. A modern orvosi technika igen kiterjesztette a fogyatékos orvosok munkalehetőségét, pl. lehet kapni Braille-jelekkel rendelkező vérnyomásmérőt, optikai jeleket taktilis jelekké fordító gépet, aminek segítségével pl. a vak orvos EKG-t is tud értékelni stb. A fogyatékosokkal szemben azonban még mindig sok az előítélet, és az egyetemi épületek többségét nem szerelték fel a fogyatékosok mozgását lehetővé tevő berendezésekkel, pl. nem lehet bennük megkerülni a lépcsők használatát, mivel orvosi egyetemre fogyatékosok eleve ritkán jelentkeznek, és az érvényes rendelkezések alapján van mód az ilyen jelentkezők elutasítására.

A fogyatékos orvosok amerikai szövetsége kész segítséget nyújtani az új fogyatékosoknak. A fogyatékoság, károsodottság jelenségét tovább kellene vizsgálni. Szét kellene választani a különböző fogyatékoságokat, és el kellene különíteni a fogyatékoság jelenségét a gyakran összemosódó alkalmatlansággal. A fogyatékosok számára használhatóvá kell tenni az egyetemi környezetet, tehát megfelelő rámpákat, jelzéseket, toaletteket stb. kell építeni.

Testi fogyatékoság és a medicina tanulása és gyakorlata

A szerkesztőségi közlemény Wainapel e számban (2935-2938. o.) megjelent cikkéhez készült. A közlemény szerint az újabb adatok a testileg fogyatékos, ill. maradandóan károsodott orvosok számát többnek találják, mint a régiek, egy újabb vizsgálat 80.000-re teszi ezt a számot. Nagyon sok orvos igyekszik eltitkolni fogyatékoságát, amíg csak lehet. Az egyetemek ambivalensen viszonyulnak a fogyatékos jelentkezőkhöz. Számos egyetem teljesen elzárkózik ezektől, míg néhány speciális programokat is biztosít számukra. A szakemberek egy része azért tartja fontosnak nyomorék, ill. fogyatékos orvosok képzését is, mert ezek képesek kezelni és segíteni a később megbetegedett orvosokat, de hozzá tudnak járulni a fogyatékoság rehabilitációjához és pszichológiai kezeléséhez is. A fogyatékos orvosokról készül egy reprezentatívnak mondható felmérés is, amely 1500-2000 esetet ölel fel. Az egyetemek általában azért ragaszkodnak a teljesen ép orvostanhallgatókhoz, mert a képzés még mindig a gyakorló orvos, ill. a bármilyen szakágra alkalmas orvos nevelését tűzi ki célul. Pedig nagyon sok az olyan speciál szakma, ahol a fogyatékosok is eredményesen dolgozhatnak a medicinában, orvosi munkakörben.

Az AMA-APA orvoshalálzási vizsgálatának eredményei és következtetései a vizsgálat második szakaszában

Az amerikai orvostársaság (AMA) és pszichiátriai társaság (APA) közös vizsgálatba kezdett az orvosok öngyilkosságával kapcsolatosan. Először próba-vizsgálatot végeztek, ez volt az első szakasz, majd a második szakaszban 142 öngyilkos orvos hozzátartozóit kérdezték ki, 110 pszichiáter és klinikai pszichológus vett részt ebben a munkában, és 101 kontroll haláleset adataival hasonlították össze a vizsgált csoportot. A cikk részletesen tartalmazza a vizsgálat kiindulópontjait, módszereit és eredményeit.

Az öngyilkosság az orvosok között korábban gyakoribbnak tűnt, újabb adatok szerint kb. annyi, amennyi a megfelelő életkorú és társadalmi helyzetű emberek átlaga, azonban az orvosnők öngyilkossága erősen valószínűsített

módon kb. 34-szer gyakoribb ennél. A kiinduló feltevés a vizsgálatban az volt, hogy az orvosok öngyilkossága előre jelezhető és megelőzhető. Ezt a vizsgálat igazolta, ugyanis az orvosok fele világosan kinyilvánította öngyilkossági szándékát, és az esetek 84%-ában az volt a környezet véleménye, hogy több indirekt jelzés utalt erre. Az öngyilkos orvosok között több volt a krónikus testi és pszichés beteg, több volt droghoz szokott, és 90%-a az orvosoknak többet ivott és több alkohol okozta szövődémmel bajlódott, mint a kontrollcsoport. Gyermekkori és ifjúkori emocionális zavarok gyakrabban fordultak elő az öngyilkos orvosok között. Sok módszertani problémával kellett megküzdeni a vizsgálat során, mert pl. a kontrollcsoportban 33 haláleset oka nem volt egyértelmű, ezek között lehetett öngyilkosság is (pl. több fegyverbaleset, magányos autóbaleset fordult elő). Az öngyilkos orvosok 34%-a követett el előzetesen öngyilkossági kísérletet, míg a kontrollcsoportból csak 6%.

A vizsgáló team szerint fel kellene hívni az öngyilkosság veszélyére az orvosok figyelmét, a vizsgálat tanulságait különösen a pszichiáterek számára kellene ismertté tenni. Ki kellene dolgozni irányelveket az öngyilkosságveszélyes orvosok kezelésére, nagyobb szerepet kellene adni a szuicidológiának az orvosok továbbképzésében, kurzusokat kellene indítani orvosok házastársai részére, hogy az öngyilkosság veszélyét korán felismerhessék, végül pedig tovább kellene kutatni az orvosok halálókait és ezen belül a szuicidumot.

A cikkhez a lap szerkesztőségi közleményt is kapcsolt, ezt Douglas A. Sargent írta (*Preventing Physician Suicide*, 2955-56. o.). Ebben azt emeli ki, hogy az orvosok öngyilkosságát tabu témának kezelik, igyekeznek más haláloki kategóriába áttenni, és az orvosok halálozási híreiből is kihagyják az önközű halál megemlítését, vagy eufemizmusokkal írják körül. A problémával szembe kellene nézni. Az AMA-APA közös vizsgálatában részt vevő interjúereinek pl. nagyon sok ilyen élménye volt, nem is egy, hanem több, és viszonylag könnyű alkalom lett volna az öngyilkosság megelőzésére a vizsgált esetben. A kutatásban közreműködő orvosok egy részét a vizsgálat annyira megmozgatta, hogy saját öngyilkossági eseményeiről, anamnéziséről is beszámolt a kutatással járó találkozások során. Többen elmondták, hogy komoly öngyilkossági krízisben családtag, barát vagy kolléga segítsége mentette meg őket az élet számára. Lehetséges tehát az öngyilkosság megelőzése az orvosok kríziseinek nagyobb részében.

A kényszeresség szerepe az átlagos orvos életében

Az orvosok között gyakoriak a kényszeres karaktervonások. Egy véletlenszerűen kiválasztott orvosmintában mind a 100 orvos kényszeres személyiségnek mondotta magát. Más vizsgálatok is mutatják, hogy az orvosok többségére ráillik a DSM-III (a legújabb kiadású amerikai pszichiátriai diagnosztikai kézikönyv) kényszerességre vonatkozó kritériumainak nagyobb része, mint pl. a perfekcionizmus, a gyengéd érzelmek kinyilvánításának nehézsége, a törekvés mások befolyásolására és a saját akarat érvényesítésére felettük, túlzott munkakészség és produktív vágy az örömszerzés és az emberi kapcsolatok rovására is, továbbá a döntési nehézkesség. Bizonyára túlzás lenne állítani, hogy minden orvos kényszeres személyiség, de a statisztikai átlagot lehet kényszeresnek mondani, és a statisztikai átlag értelmében véve az átlagos orvos pszichológiai sajátosságának tekinthető a kényszeresség. Ezt a szerző a saját tapasztalata alapján is megállapíthatta, ugyanis a Menninger Foundation önismereti foglalkozásokat szervez orvosok és családtagjaik számára és ennek során sok száz orvostól hallhatták az ide vonatkozó problémák leírását.

A szerző is és más vizsgálók is azt találták, hogy már az orvosi pálya választásában szintén szerepet játszanak bizonyos kényszeres, perfekcionista karaktervonások, amelyek a személyiség belső problémáinak, pl. éretlenségének kompenzációját szolgálják. Az egyetemi oktatás azután a kényszeres vonásokat megerősíti. Így az átlagos orvosban is kialakul három sajátos, erős jellemvonás: a foglalkozási döntésekkel kapcsolatos kételkedés és e döntések túlzottan alapos ellenőrzésének hajlama, a döntésekkel kapcsolatos büntudat és a felfokozott felelősségérzés. A büntudat arra is kiterjed, hogy a kényszeresen végzett orvosi munka miatt többnyire a családot elhanyagolják az orvosok, és ez különböző feszültségekhez is vezet. Az orvosok általában szabadidejüket is felhasználják perfekcionista céljaik követésére, rendszerint dolgoznak, tanulnak ilyenkor is. Képtelenek lazítani, nem szívesen vesznek ki szabadságot. Így is állandóan elégedetlenek önmagukkal, úgy érzik, nem tettek eleget.

A szerző szerint a kényszeresség az orvosi munka szempontjából lehet előnyös, az orvos szempontjából azonban gyakran káros. Különböző pszichológiai és pszichoszomatikus betegségek, családi és egyéb problémák származhatnak ebből. Úgy véli, a kényszeresség kérdésével foglalkozni kell, fel kell hívni rá az orvosok figyelmét. Az átlagos orvos még a probléma megfelelő tudatosítása esetén is nehezen változik.

[Ref.: A leírt kényszeres jellemvonások kétségtelenül fennállnak a jó orvosok egy csoportjában, főleg férfi orvosokban (a cikk ugyan azt állítja, hogy nőkben is ugyanaz a kényszeresség gyakorisága). A recenzens több orvosi szociológiai munkájában kidolgozta, hogyan következik ilyen magatartásforma a klasszikus orvosszerepből, amely a mai viszonyok között egyre inkább anakronisztikus, és hogyan segít ebben a régi, autokratikus orvosi szerepvisselkedés, amit viszont a betegek viselnek el egyre kevésbé. Nem minden társadalomban és kultúrában tipikus azonban a kényszeres orvosi mentalitás. Az Egyesült Államokban az orvoslás jellege individuálisabb, nem lehet annyira intézmények védelmébe húzódní, mint számos európai országban és a társadalom is jobban „elszámoltatja” az orvosokat hibáik miatt, az utolsó 25 évben pl. a műhibaperek formájában. Számos európai országban a professzionális teljesítmény miatti felelősségre vonás szinte hiányzik és az orvosok – szakmailag – Amerikában elképzelhetetlen biztonságban dolgoznak. Ennek „ára” azonban ranghierarchia, erős intézményes kontroll és sok személyes kötöttség a munkaszervezetben.]

VI.
FOGLALKOZÁSOK,
PROBLÉMATERÜLETEK,
KISEBBSÉGEK

C) KISEBBSÉGEK

63. Szerelem árnyékban... Prostitúció és homoszexualitás

A szeretéágazó témakör fő megközelítési szempontja: az AIDS és a nemi úton terjedő megbetegedések (STD) megelőzése – e szempontból ugyanis ez a két lakosságcsoporthat a legveszélyeztetettebb (high risk groups) és egyben a legveszélyeztetettebb a betegségek továbbadását illetően.

A két jelenség közötti hasonlóságok:

- társadalmi megítélés, ill. előítélet, gyakran diszkrimináció tárgyai;
- többféle szempontból is kockázati csoportot jelentenek (pl. viktimológiai szempontból az erőszakos bűnözés, a zsarolás, kizsákmányolás stb. szempontjából);
- többféle deviáns magatartásmóddal is szoros kapcsolatban állnak, pl.: bűnözés, fiatalokú bűnözés,
- alkohol- és drogabúzus,
- öngyilkosság,
- pszichiátriai betegségek;
- nehezen megközelíthető, rejtőzködő, védekező társadalmi csoportokat alkotnak;
- mindkettőben kifejezett a promiskuitás és a fertőzések szempontjából veszélyes szexuális viselkedés;
- a két jelenség találkozik a homoszexuális prostitúció formájában.

Alapvető különbség: a homoszexuális prostitúció egyes válfajait kivéve a homoszexualitás alapvető szexuális orientáció, a személyiségre és az identitásra az egyéni élet nagyobb részében jellemző magatartás és beállítódási forma, míg a prostitúció viselkedésforma, amely általában vállalás, döntés, választás dolga, időleges, aránylag könnyen abbahagyható.

Prostitúció

A patriarchális típusú, ill. férficentrikus társadalom jelensége, nagy szükségletkielégítő funkcióval bír:

- összefügg a férfiakat átmenetileg elkülönítő társadalmi intézményekkel (felsőbb iskolák, katonaság, otthontól távol végzett munka stb.);

- összefüggést mutat a szexualitást tiltóan, korlátozóan szabályozó törvényekkel és morállal;
- kapcsolatban van a férfiak szexualitásának bizonyos fejlődéslélektani vs pszichoszociális tulajdonságaival (pl. a fiatal korban nagy készletességű szexuális vágygal, a gyakori kielégülési igénnyel, ami a házasság előtti partnerkapcsolatokkal nehezen egyeztethető össze, a fantázia nagy szerepével a férfi szexualításban és az ebből eredő sajátos inger-szükségletekkel, többek között a gyors és személytelen (maszturbáció-ekvivalens), „szolgáltatásszerű” orgazmus kívánságával stb.);
- összefügg nagy férficsoportok partneralálási nehézségeivel (idősek, betegek, fogyatékosak, hátrányos külsejűek, személyiségdefektusokkal, ill. zavarokkal bírók stb.);
- összefügg bizonyos társadalmi jelenségekkel, mint pl. az ún. kettős erkölcs, az általános társadalmi szabadosság mértéke, a „szexuális forradalom”, a pornográfia stb.

Mindezek az összefüggések és kapcsolódások különböző korszakokban és társadalomtípusokban, országokban és társadalmi rétegekben, ill. területeken sajátos és folyamatosan változó konstellációkban vannak jelen.

Külön tényező ezekben a fogamzásgátlás lehetősége (ami – szemben a néhány évtizeddel ezelőtti helyzettel – ma szinte teljesen megadott és leegyszerűsödött dolog) és a félelem a fertőzésektől (ami a nyolcvanas évekig nem tűnt lényegesnek, most viszont annál ijesztőbb, és számos országban a szexuális viselkedés komoly szabályozó erejévé lépett elő). További tényező a prostitúció igénybevételenek szociális biztonsága. Mindez a lakosság kulturáltságának és a civilizáció mértékének szűrőjén át érvényesül.

A prostitúció során kialakuló gazdasági viszony ellene hat az egészséges védekező, egészségmegőrző viselkedésnek, hiszen a kliens fő motiváló ereje a korlátlan vágyteljesülés igénye, általában ezt igyekszik dotálni, ugyanakkor a prostituált érdekelt a minél teljesebb igénykielégítésben. Mindkét körülmény demotivál a körültekintő, a partnert kímélő szexuális magatartás (pl. személyi higiéné, kondomhasználat stb.) szempontjából. A prostituált helyzetét nehezíti a foglalkozással járó gazdasági kényszer, ami a költségekből, ill. „futtató” férfikapcsolat (strici) vagy hálózat kizsákmányolásából ered.

Főleg a társadalmi igény reális elfogadása és az egészségügyi és kriminológiai ellenőrzés a társadalmi intézményesítés irányába hat, ez régen a bordélyházak és a hatósági engedélyezés formájában nyilvánult meg, a prostitúció dekriminalizálásaként jelentkezik, ma foglalkozási státust próbálnak adni a prostituáltaknak (sex worker), önszerveződési és érdekképviseleti lehetősé-

get, önszerető csoportokat biztosítanak számukra, speciális, informális kapcsolatokat igyekeznek tartani velük (streetworkerek).

Hazai prostitúció: Az erőteljes tiltás, büntetés, rendőrségi zaklatás és zsarolás miatt számszerű adatok, tipológia, változási trendek stb. nem ismeretesek, csak riportok, esettanulmányok vannak. Főleg budapesti, ill. nagyvárosi jelenség. Speciális összefüggés az idegenforgalommal (nagyszállók, „valuta-termelés”), elitprostitúció. Aránylag nagy alkalmi, ill. speciális prostitúció-arány (promiszkuitás talaján, különleges díjtételek). Az átlagprostitúció szolgáltatási színvonala igen alacsony, a szolgáltatások igénybevétele minden szempontból nagyon veszélyes, ezért a kliensek között sok a súlyosan patológiás, marginális helyzetű, deviáns ember. Nagyon szoros a kapcsolat a bűnözéssel. A STD szempontjából már nagyon veszélyes, az AIDS szempontjából inkább potenciálisan veszélyes a prostitúció nálunk. Minden igyekezet ellenére a prostitúció terjedése, kiszélesedése várható.

A prostitúció korlátozásának többféle ésszerű társadalmi formája van, pl.

- korszerű szexuális nevelés (családban és iskolában)
- családgondozás és családi krízisintervenció (különös tekintettel a serdülőkorú lányokra és a hátrányos helyzetű lakosságrétegekre, mint pl. a cigányság)
- veszélyeztetett ifjúsági csoportok (pl. állami gondozott lányok) speciális szexuális nevelése és lelki gondozása
- korszerű szexuális tanácsadási és szexuális terápiás lehetőségek hálózata
- a szexuális kulturáltság fejlesztése (tömegkommunikáció, értelmiségi és lakossági köztudat, irodalom és művészetek stb.).

Két sajátos tétel a témával kapcsolatosan

1. Bár a prostitúció igénybevétele, „fogyasztása” nem tekinthető károsnak, a prostitúció iránti szükséglet elsősorban a pszichoszexuális érés elmaradásával vagy hibás rögzülésével függ össze a férfiakban, az autoerotikus szexualitással, a személytelen kielégülési igénnyel, a párkapcsolati kommunikáció fejletlenségével, a partnertől, az intimitástól való félelemmel. Ilyen értelemben a prostitúció „használata” lényegében negatív társadalmi jelenség, különös tekintettel arra, hogy a női lakosság jelentős rétege magányos és partnerhiányban szenved. Ha ehhez hozzátesszük az AIDS és a többi, nemi úton terjedő betegség veszélyét, ill. a jelenséggel összefüggő deviáns magatartásmódokat és más körülményeket (megemlítendő még a korrupció tényezője is), akkor lehet

mondani, hogy a prostitúció komoly társadalmi probléma, amellyel foglalkozni kell.

2. A prostitúció, miként a szexualitás más jelensége is, csak korszerű szexológia (szexuálpszichológia, szexuálszociológia stb.) segítségével érthető meg és közelíthető meg. Magyarországon nagy probléma, hogy az egészségügy konzervativizmusa és a kommunista társadalmi rendszer nemiségellenessége nem engedte kifejlődni a szexológiát, és e téren olyan országoktól is messze elmaradtunk, mint Csehszlovákia, Lengyelország vagy Bulgária. Nem lenne helyes, ha jelenleg a valláserkölc-s-beállítódás erősödne tiltóan, gátlóan hatna a tudományos fejlődésre e téren.

Homoszexualitás

Mai ismereteink szerint a férfiak kb. 10%-át, a nők 2-3%-át érintő magatartás- és beállítódásmód. Kb. a férfiak 4%-a, a nők 1%-a kizárólagosan homoszexuális, vagyis szexuális érdeklődése és tevékenysége csakis a saját nemű partnerekre irányul. A férfiak további 5-6%-a, a nők 1-2%-a, biszexuális, vagyis a másik nemmel is fenntart többé-kevésbé tartós, érzelmileg és szexuálisan kielégítő kapcsolatot (nem számítva ide a kizárólagosan homoszexuálisnak mondhatók esetében is előforduló alkalmi heteroszexuális kapcsolatokat). A homoszexuális jellegű közösülés lehet nem erotikusan motivált viselkedésmód, mint a prostitúció, ilyen esetben a homoszexualitás helyezethez vagy alkalmakhoz kötött. Ilyen fordulhat elő a fiatalkori homoszexuális prostitúció egyes eseteiben, internátusokban, nevelőintézetekben, börtönökben, hadifogóságban stb., amikor a homoszexuális jellegű érintkezés a hiányzó heteroszexuális kielégülési lehetőségeket pótolja. Különböző felmérések (pl. Kinsey vizsgálatai) szerint a férfiak kb. 37%-a, a nők 15-20%-a átmegy élete folyamán olyan szexuális tapasztalaton, amely homoerotikusnak mondható. A homoszexuális viselkedés bizonyos kultúrákban mintegy intézményesül, napjainkban néhol a szexuális liberalizáció rituális része (csoportszex, „orgia” stb.). A viselkedésmód járványtani jelentősége nagy, mert a HIV-vírust ugyanúgy terjeszti, mint az alapvető szexuális orientációt jelentő homoszexualitás.

A kizárólagos homoszexualitás általában a gyermekkorban jelentkező erotikus érdeklődés a saját nem iránt, a másság folyamatos tudata, amely a serdülőkor idején komoly kríziseket és beilleszkedési nehézségeket okoz. A magát homoszexuálisnak érző fiatal általában átveszi a társadalom értékítéletét és abnormisnak, kórosnak érzi magát, küzd késztetése ellen. Gyakori ezért a homoszexuális krízis által motivált öngyilkossági kísérlet. A lelki telefonszolgá-

latok krízishívásaiban nagyon gyakori az ilyen probléma. Általában évekig tart, míg homoszexuális kapcsolatokra vállalkozik valaki, és még tovább, amíg elfogadja, hogy ő homoszexuális (“coming out”). Ebben az átmeneti időszakban nagyon gyakori a személytelen promiszkuitás, amely általában alkalmi találkozóhelyeken (férfi vécékben, homoszexuális lokálokban stb.), ritkábban homoszexuális társaságokban történik, és ez különösen veszélyes az AIDS terjedése szempontjából. Ilyenkor ugyanis a fertőzés elleni védekezés általában elmarad, a partnerrel szembeni higiénés igények szintje alacsony. A nők homoszexualitásában ritkább az ilyen promiszkuus viselkedés, ez általában férfias típussal, csábító viselkedéssel párosul.

Nagyon sok homoszexuális férfiban és nőben igen erőteljes a beépült társadalmi tiltás és ennek jegyében a szexualitás hosszú időre vagy akár az egész felnőttkorra vonatkozóan elfojtás tárgya lesz, az ilyen emberek magukra maradnak, esetleg csak fantáziában, önkielégítés kapcsán jön elő erotikus orientációjuk. Máskor alkohol hatására tör fel bennük a késztetés, néha egészen idős korban jelentkeznek az első manifesztációk. Rejtett, larvált homoszexualitásról beszélnek akkor, amikor a személyiség nem tudja vállalni a homoerotikus orientációt, de a heteroszexuális magatartás zavart, vagy a homoszexuális késztetés, érdeklődés megjelenik valamilyen formában, akár időszakosan is a viselkedésben.

A homoszexualitás eredete, „oka” nem ismert, számos kutató biológiai variációknak, ill. genetikai tulajdonságnak tartja, magzatkori hormonhatásokra, kromoszóma, ill. enzimdeficitekre (szexuális hormonok anyagcserezavarára) vezetik vissza. Sokáig büntették a homoszexualitást, egyes országokban ma is így van. Magyarországon 1966-ban, a BTK reformja kapcsán történt meg a dekriminalizáció, de hosszú ideig még a nagykorúsági korhatárnak a 21. évet vették a homoszexuális viselkedés megítélésében. Kb. egy évszázadon át voltak pszichiátriai irányzatok, amelyek a homoszexualitást betegségnek tekintették (pl. pszichoanalízis).

A homoszexualitás pszichológiai vagy biológiai kezelése eredménytelen. A homoszexuálisok általában a biológiai eredetet hangsúlyozzák, a gyermekkori kezdetre és a leküzdhetetlen késztetésre hivatkozva. Sok adat szól mellett, hogy a homoszexualitásban komoly szerepet játszik a pszichoszexuális fejlődés zavara, a nemi szerepek és azonosulási minták elégtelen hatása, a heteroszexuális érdeklődés traumatizációja (pl. a túlzottan tiltó, büntető nemi nevelés következtében). A homoszexualitás szempontjából lényeges tényező a merev társadalmi tiltás és előítélet, a homoszexualitástól való komplexusos

félelem ("homofóbia"), ami a társadalmat áthatja, mert ez sokban meghatározza a homoszexuális identitást.

A homoszexualitás vállalt szakaszában az erotika és a szexuális kommunikáció általában fejlettebb és erősebben párorientált, mint a hasonló korú és társadalmi helyzetű heteroszexuálisok esetében. Ezért a homoszexualitás nagy kielégülést biztosító szexuális magatartásmód, amelyhez a homoszexuális ember ragaszkodik, amit azonosságtudatába szervesen beépít. Az érett homoszexualitásban erős az igény az érzelmi kölcsönösségen alapuló tartós párkapcsolatra. A tartós párkapcsolatban élő homoszexuálisok általában felvilágosultak a szexuális kielégülési módokatól eredő egészségügyi veszélyeket illetően, és megfelelően védekeznek is. Ebben a rétegben sikerült a kondomhasználatot leginkább elterjeszteni a fejlett ipari országokban. A homoszexuális erotika aránylag éretlen formája a serdülőkre, ill. gyermekekre irányuló preferenciális vágy (pedofília). Ez markáns deviáns viselkedési formákhoz vezet, ill. csábításhoz, amelynek társadalmi konfliktus lehet a hatása. Fiúk serdülőkori szexuális fejlődésének viszonylagos sérülékenysége miatt a huszoneves kor előtti szexuális csábítást általában ellenzik a szakemberek, mert a homoerotikus rögzülés veszélyét látják benne, míg a homoszexuális aktivisták igénylik a jogot a szabad partnerkapcsolatra, elősegíteni kívánják a homoszexualitás elvállalását az ebben érdekelt csoportokban.

A társadalmi megítélés és előítéletek miatt a homoszexuálisok általában rejtőzködően, visszavonultan élik kapcsolataikat. Nyugati nagyvárosokban működnek szervezetek, speciális bárok, vannak érdekképviselői szervezetek, önszervező csoportok, speciális tanácsadó és terápiás centrumok.

Ezeknek előnye, hogy a homoszexuálisokat, mint a HIV- és STD-fertőzés szempontjából veszélyeztetett lakosságcsoportokat ezeken át könnyebben elérjük az egészségnevelő és egészségmegőrző akciók. Erre szükség van az anális közösülés különösen nagy fertőzési veszélye miatt, amely az AIDS-terjedésben eddig a legfontosabb epidemiológiai tényező volt. Magyarországon a társadalom előítéletessége és homofóbiája, ill. a homoszexualitással kapcsolatos felvilágosultsága rosszabb, mint a nyugat-európai államok lakosságáé.

A homoszexualitás speciális hazai viszonylatairól keveset tudunk, részben a szexológia említett fejletlensége miatt is. Valószínű, hogy a gyakoriság hasonló, mint más országokban. A negatív társadalmi megítélés miatt a homoszexualitás lelki vállalású folyamata nehezebb, konfliktusosabb. Több a serdülőkori krízis. Kiseb az érett, partnerorientált homoszexuálisok aránya, a promiszkuus, személytelen kielégülési igény nagyobb. Több jel mutat azon-

ban arra, hogy a promiszkuitás csökkenőben van, a védekező és az óvatos szexuális viselkedés, az anális és az orális kielégülés helyett terjed a kölcsönös maszturbáció, gyakoribb a kondomhasználat. Kevés homoszexuális szerveződés van, kevesen vállalják nyíltan szexuális orientációjukat. Ez érthető, hiszen az előző társadalmi rendszerben a rendőrség és a titkosszolgálat elsősorban a homoszexualitás révén próbálta beszervezni, megszarolni az embereket. A nyilvánosságtól való félelem ma is erős. A meglévő szervezetek és egyesületek taglétszáma kevés, a fejlődés nem dinamikus, kevés érintettre terjed ki a hatásuk. Így a homoszexuálisokkal kapcsolatos AIDS-megelőző munka nehezebb, kisebb effektusú.

A homoszexualitással kapcsolatosan is egyrészt a szexuális kulturáltság fokozása, másrészt a szexológiafejlesztése lenne fontos. Homoszexuálisok számára szükséges lenne szexológiai, párkapcsolati, jogi, lélektani stb. tanácsadás, legalábbis regionális szervezetben. Ez az AIDS-megelőzés és általában e speciális csoport egészségvédelme miatt is jelentős lenne.

VI.
FOGLALKOZÁSOK,
PROBLÉMATERÜLETEK,
KISEBBSÉGEK

D) SPORT ÉS AZ EMBERI
PROBLÉMÁK

64. A verseny – a sport lényege?

Erre a kérdésre bizonyosan a legtöbben igennel válaszolnak. Nem látszik kétségesnek, hogy a sport a teljesítményben méretik le, és ez valamilyen verseny keretében történik. A magyar mérkőzés fogalma, amely ugyan ma ritkán használatos általános értelemben, inkább a labdajátékokra, csapatjátékokra vonatkozik, ugyancsak ezt a megmértést emeli ki a sporteseményben.

Ha a sportot meg akarnánk határozni, bizonyára szerepelni kellene benne, hogy olyan társadalmi intézmény, amely a sporteredményeket versenyeken tisztázza, ezeket számon tartja és értékeli, és ezáltal ösztönzi a sportembereket, hogy nagy teljesítményekre készüljenek fel, nagy eredményeket érjenek el. Tágabb megfogalmazásban a sporthoz tartozik mindaz, ami a gyakorlást, a felkészülést biztosítja.

Nem véletlen, hogy a sport története az ókori olimpiákon kezdődött, hogy a római birodalomban is sokféle sport volt divatban, majd a kereszténység korában a sport szinte csak a lovagi tornákra, lovas vetélkedésekre szűkölt le, hogy azután az ipari civilizációval párhuzamosan kibontakozzon, és a századfordulóra szinte mai fejlettségét érje el. A verseny, a viadal, a megmérkőzésben kiderülő eredmény kultusza hozta létre a modern sportot, és ez igazában Európában virágzott ki és onnan terjedt át más világtájakra.

Történészek és szociológusok ismételten rámutattak a sport politikai és lélektani jelentőségére. A sport már az ókorban is politizálódott, a vetélkedések résztvevői különböző szimbólumokat hordoztak, és Nero korából már tudunk esetekről, amikor az uralkodó megbüntette a neki nem tetsző kocsiversenyzők győzelmét ünneplő nézőket, csakúgy, ahogyan még az elmúlt években is előfordult nálunk, hogy kudarcos Dózsa-szereplés után a rendőrök a szokottnál is „barátságatlanabbak” voltak az ellenfél szurkolóival. A politikai jelentőség már az ókori Rómában is a „cirkusz” volt, a tömegeknek kenyeret és cirkuszt kellett nyújtani, és a korszak barbár sportja, a gladiátorjáték mellett a kocsi-verseny vagy a görögségtől átvett klasszikus sportok sora kínálta ezt. A görög olimpiákban a sport még az összetartozás, a találkozás eszményeit is hordozta, még vallási tartalmat hordozott, Róma már tömegtársadalom volt, mint ahogy a múlt század városiasodott Európája is ilyen volt, ide már a „cirkusz” kellett.

A mai viszonyok kritikus figyelőjének nem kell magyarázni, hogy a sport ma is cirkusz, az utolsó fél évszázadban mindinkább globális cirkusz, az ötka-rikás játékokat vagy a labdarúgó világbajnokságokat milliárdok figyelik a képernyőn, és a sport a tömegméretű „élményfogyasztás” révén mind nagyobb gazdasági erő, üzlet is. Ebben a funkcióban elengedhetetlen a versengés, a vetélkedés. Győztes kell, mert a néző azonosulni akar, izgalomra van szüksége, feszültségeket akar átélni és levezetni. Ha úgy tetszik, ezért fizet, ezért fordul a sporthoz, emiatt marad fenn a világméretű gépezet, egy-egy országon belül a hatalmas „iparág”.

Ebben a mai sportban kétségtelenül a versenyen van a hangsúly, és azok a népszerű sportok, amelyekben a küzdelem öldöklő, amiben egymás ellen feszülnek a versenyzők és legyőzik egymást.

Érdeemes eltűnődni a sporthíreken – sajtóban, televízióban, rádióban –, csakis az eredményekről van bennük szó. Győzelmekről és vereségekről, ranglistákról, bajnoki táblázatokról, díjakról, kupákról stb. A nézőket is ez foglalkoztatja. Gyermekkoromban csodálkoztam erre rá, vasárnaponként az akkor még álló Nemzeti Színházzal szemben lévő híres totózó előtt, ahol tömegek gyűltek össze és éjszakába nyúlóan vitatták, ki volt a jobb, mi lett volna, ha valaki berúgja a helyzetet vagy a bíró valamit másképpen ítél meg (ezt a totózót azután 1954-ben, az „elvesztett” világbajnokság utáni zavargások miatt „számúzték” a Körúton, távolabb, a Népszínház utcán túlra...).

A verseny szempontjának uralma eredményezi, hogy a mai sport a néző oldaláról csupa indulat és agresszió (ez helyenként vandalizmusba, zavargásba torkollik), a sportoló és a sportszervezet oldaláról pedig „harger”, acsarkodás, minden mástól lecsupaszodott győzni akarás. A győzelem, az eredmény olyan fontos, hogy a görög sporthajnalból és az olimpiai szellemből megmaradt néhány eszmény szinte már nyomtalanul eltűnt. Már nevetséges a tiszta versenyről, a „fair play”-ről beszélni, hiszen alig van már sportesemény, amin ne szerepelne dopping és bunda, ahol a kulisszák mögött ne érdekek szabályoznák, kiket „futtatnak”, „sztárolnak”, kit „tolnak” és kit „nyomnak”. Még a sportról adott tömegtájékoztatói kép is szinte mindig manipulált, torzított. A dopping a kor nagy szimbóluma, nyerni kell akár önpusztítás árán is.

Pedig a sport nem csupán a vetélkedés. Játék is. Öröm is. Emberi kiteljesedés, amiben a néző is részesülhet. Használjuk még ezeket a szavakat, de sajnos, kevesen veszik komolyan, nem véletlen, hogy ezekről a jelenségekről jóformán nincs szó a sporthírekben. Csak néha, csak egyes sportágakban kerekedik időnként felül, a jég sportban, a művészi torna bajnokságain, néha teniszben, de legtöbbször itt is a pontszám, a helyezés az érdekes. Ritkán látszik

a mozgás, a cselekvés öröme, a sportoló személyiségének összekapcsolódása a cselekvéssel, a néző is ritkán éli át az egész folyamat szépségét, mert leginkább csak arra figyel, ami a végeredmény szempontjából fontos.

Ilyen módon sajnos a mai sport nem nemesít a lelkeken, sem a sportolóknak, sem a nézőknek, inkább az egész társadalmat átható gyilkos rivalizálás, versengés jelképe és hordozója. Nem kelt kedvet a mozgásra, nem teremt új kapcsolatot test és lélek között, nem segít a test egészséges és hatékony működésének új élményeihez. Sportoló és edző szorongó vállalkozó lesz, akinek minden eszközzel érvényesülnie kell, a néző pedig olyan elidegenedetten izgul a meccsen, mintha szerencsejátékban venne részt vagy valamilyen játék-automatát kezelne. Csak a „lényeg” érdekli, a versengéses lényeg.

Pedig a sport eredeti szépségéhez kellene ma visszatérnünk! Olyan sportkultúrának kellene kialakulnia, amelyben a verseny elveszíti egyeduralmát és inkább kellék, díszlet, háttér marad, és az átélés reflektorfényébe inkább a nagyszerű tevékenység kerül. A könnyed mozdulat, amely mögött évek gyakorlása és koncentrációja rejlik, a nagyszerű megoldás, a kombinációk szellemessége, az összjáték, a mozgás gráciája, a helytállás, az önfeláldozás szépsége, a sportesemény különös hangulata, a tömeges együttlét érzelmi hullámsai és sokszor más emberi jelenség és élmény, amit a sport ad, és amit sokszor csakis a sport adhat. Ez a kultúra önmagától is mozgásra, testi-lelki aktivitásra serkent, ebben tulajdonképpen részt vehet idős és beteg ember is a maga lehetőségei között.

Valamit tenni kellene ezért az újfajta sportkultúráért, de ma még aligha tudjuk megmondani, mit. Ez nem kezdődhet „alulról”, a tömegsport felől, ennek valamiképpen az élsportban kellene meggyökereznie. Talán lassanként annyira nyilvánvaló lesz jelenlegi sportéletünk szinte embertelen versengése, talán annyira zavaró lesz a sok botrány, hogy sokakban feléled a vágy, hogy változtatni kellene, új módon kellene élni, élvezni a sportot.

Mindenekelőtt beszélni kell erről a problémáról. Minél többet!

65. A test nevelése

Már évtizedes vita, hogy a sportnak az élsport vagy a tömegsport irányában kell-e fejlődnie, eközben azonban a sporttal kapcsolatos közvéleményt már kevésbé foglalkoztatja az iskolai testnevelés kérdése. Arról sokszor esik szó, hogy kevés a tornaterem, az iskolai uszoda vagy pálya, így a testnevelés nem tud kibontakozni. Arról is sokat beszélünk, hogy a mai ifjúság testi egészsége, erőnléte egyre rosszabb. Mind több a testnevelés alól felmentett tanuló, ugyanakkor a gyógytestnevelés fejletlen. A gyerekek mozgásszegény életmódban nőnek fel, nem csoda tehát, hogy egészségtelenül élő felnőttek lesznek belőlük. Már a katonai sorozás idején is megmutatkozik a szomorú helyzet – egyre kevesebb a katonai szolgálatra alkalmas, egészséges fiatal.

Az viszont már ritkán kerül felszínre, hogy ezért a helyzetért a testnevelés egész rendszere is felelős, vagy talán a fő felelős. A háború után a magyar közoktatásban kibontakozott egyfajta rossz hagyomány, ami már korábban is megjelent, és nemcsak nálunk jelentkezett: a testnevelés edzői, gyakorlatorientált, teljesítménycentrikus rendszere. A testnevelést tudományos alapokra helyezték, tantervek alakultak ki, amelyben meghatározott mozgásformákból teljesítményszinteket kellett elérni, a szakdidaktika állt a középpontban, a testnevelőtanárr „dolgoztatta” a gyereket. A testnevelési órán elért eredményt osztályozták, osztályozzák, és ezzel ugyan sok, az általános tantárgyakban gyengébben tanuló, de jól mozgó gyerek sikerélményhez jut, ennél sokkal többen kellemetlen kudarccokat élnek át, és e kudarccok nyomán még inkább elmege a kedvük a mozgástól.

A testnevelést nem lenne szabad osztályozni, be kellene látni, hogy sokkal kevésbé jelentős, hogy egy-egy fiatal elér-e bizonyos teljesítményszinteket különböző sportágakban vagy mozgásokban, minthogy megszereti-e a mozgást. Vagy sem, le tudja-e küzdeni a benne kialakult gátlásokat vagy sem, ki tud-e békülni saját külsejével vagy sem. Ha a mozgást valakiben felszabadítják, a leghátrányosabb környezetben is megtalálja a mozgékony életmód, a mozgásos szórakozás és szabadidőeltöltés módját. Ha viszont ez nem sikerül, akkor még az a gyerek is igyekszik kivonni magát mindenből, ami mozgás, és az is viszolyog később, aki esetleg az előírt gyakorlatokat az órán fogcsikorgatva végrehajtja (mert egyébként is lelkiismeretes tanuló, akinek fontos, hogy jó jegyekre tegyen szert).

A testnevelés osztályozása az egész iskolarendszer hibáit mutatja, amely rendszernek a testnevelés a része. Ugyanígy nem lenne szabad osztályozni a rajzot vagy az éneket sem, mert ezek is a természetes önkifejezés eszközei, ezeket is inkább fel kell szabadítani a gátlások alól, és kedvben, motiváltságban fejleszteni, mintsem tantervbe kényszerítve erőltetni. Az iskolarendszer működési filozófiájának elmaradottságát persze mi sem mutatja jobban, mint a magatartás osztályozása, a nevelés éppen abban állna, hogy a magatartás integráltságát, belülről vezérelt autonómiáját, az életkornak megfelelő érettségét fejlesszék. Ehelyett az, ami folyik, nem a magatartás kifejezéséül írható le, tehát nem magatartást osztályoznak, hanem alkalmazkodást, engedelmességet, konzervált infantilizmust, konformizmust, idomíthatóságot. Így lép azután a testnevelésben is a mozgásgrácia, a harmonikus mozgásos önprezentáció, a mozgásban megnyilvánuló nemi szerepviselkedés, a mozgáskedv és mozgásöröm helyére a drill, a vezényelhetőség, a mozgáson át megvalósított kontroll. Szinte a katonai képzés előszobája az iskolai testnevelés, nem véletlen, hogy minden militáris társadalom, minden diktatúra olyan nagy jelentőséget tulajdonít a testnevelésnek és megpróbálja még külön testnevelő és sportszövetségekbe is bevonni a fiatalokat: Az idősebbek emlékeznek az „emhákázásra”, de követhették a honvédelmi sportszövetség – pénzühiány miatt ugyan már régóta vékonyodó, de a hatvanas-hetvenes években még oly aktív – működését. A még idősebbek emlékezhetnek a náci Németország ilyen-fajta gyakorlataira.

Az autokratikus társadalom a „drilles” testneveléssel elsősorban a fegyelmet gyakoroltatja, amit azután a régi típusú katonaság az értelmetlen és megalázó kúszásmászással, menetfelszereléses futtatással a szélsőségekig visz, a büntetőszázadokban (a „futkosókban”) pedig egyenesen szadista módon gyakorol (és ami a ténylegesen hatékony hadseregekben már régen kiment a divatból, és amit már a német katonaság sem csináltatott). Az egész pedagógiát áthatja az „álspártai” hiedelem, hogy a hátra tett kéz, a megparancsolt rend, a „jobbra-át-balra-át” valamilyen lélekegyengető hatású, amin át a fiatalok fegyelmet tanulnak. Ma már jól tudjuk, hogy nem így van, sőt, ezek a gyakorlások utáltatják meg a gyerekekkel igazán a mozgást, ösztönösen kialakítják bennük az ellenállást, mert a gyerekek érzik, hogy itt valami ellenőrzés, befolyásolás, megtörés megy rajtuk végig. Kivált ma, amikor a gyerekek az autózás, a televíziózás miatt eredendően lustábbak, de ugyanakkor szellemileg érettebbek és általában kritikusabbak.

Az egész jelenség tragikus szereplői a testnevelő tanárok, akik általában mint jó sportolók kerülnek a pályára, beléjük épül a teljesítményhajsza, a

sportban szokásos látszaterősség miatt türelmetlenebbek és agresszívebbek minden gyengeséggel és „akarathiánnyal” szemben, a parancsolás, vezénylés kultúráját szokják meg. Így eredendően hiányzik belőlük az empátia a gyerekek önértékelési problémái iránt, a testkép, a nemi szerepfejlődés gondjai iránt, a kisebbségi érzés különböző, egyes életkorokban szinte tipikus válfajai iránt, amelyek azután görcsöket, gátlásokat okoznak, és amelyek nyomán a kudarcok végül a gyerekekben kudarckerülő beállítódásokban rögzülnek, amelyek elterelik a mozgástól őket. egy-egy osztályban a testi és lelki fejlődés vagy a serdülés különböző fokán vannak a gyerekek, nem lehet egyformán bánni velük, a jó mozgású, jó felépítettségű fiatalok 10-15%-ánál nem teszik ki nagyobb részét egy-egy osztálynak. Közülük is néhány az első években volt gátolt, mások később lesznek azzá, és talán ők is bekerülnek a gátolt többségbe, ha nincs véletlenül jó testnevelő tanár, aki a megfelelő időben és módon biztatja, segíti őket. Mondhatnánk, a testnevelésnek eleve „gyógytestnevelésnek” kellene lennie abban az értelemben, hogy az érzékeny, figyelő tanár a testtel kapcsolatos lelki problémák, amelyek ma a személyiségfejlődésben rendkívül gyakoriak, megoldásán dolgozik. Ha ez sikerül, már nagyon könnyű a gyakoroltatás, a teljesítmény elérése, ha nem, megtalálják a módját a felmentésnek, vagy ami még rosszabb, a gyerek csendben megutálja az egészet.

Nagy baj, hogy a testnevelő tanárokat az immár egyetemmel felértékelt főiskola nem tanítja meg ezekre a dolgokra (ezért is nevezhetjük tragikusnak a jó szándékú, kitűnő emberek helyzetét), így a hagyományt csak kevesen vizsgálják felül, és csak kevés az érzékeny, empatikus személyiség közöttük (akár csak az edzők között). A testnevelési egyetemen, ahol legalább fél száz pszichológus volt (évtizedeken át az ún. kiegészítő szakon három év alatt igen könnyen lehetett pszichológusdiplomát szerezni), a legerősebb volt az ún. marxista pszichológia, az élettanra redukált mozgáspszichológia uralma, a lélektan elsősorban az élsport szolgálatában állt, a lelki problémák, a fejlődéslélektan, az emberi kommunikáció ismeretei nem szerepeltek a tananyagban, de a csoportlélektan sem, nem is beszélve a mozgásgyakorlás, a mozgásterápia sokféle formájáról. Amit a tanárok a pszichológiából megtanulnak, az kb. olyan, mint amit az orvostudományból megtanulnak, afféle „embergéptan”, „emberműszaki” ismeretek. Nem fejlesztik kommunikációs készségeiket sem. Nem csoda, hogy bármennyire is terjed az úszásoktatás, a kondicionáló torna, a speciális betegségek korrektív mozgáskezelése, a testnevelő tanárok ugyanúgy nem tudnak hatni a lakosság mozgáskultúrájára, mint ahogyan a

fegyveres erők altisztjei sem (akik ugyancsak jól tudnak vezényelni, mozgásra, nótára egyaránt...).

Ennek meg kellene változnia, és talán amikor új társadalmi körülmények alakulnak ki, a test nevelése is elkezdődik, mégpedig korszerű lélektani alapon és módszerekkel az iskolákban, a mozgáskultúra és az egészséges életmód érdekében.

66. Edzősorsok és szervezeti problémák a sportban

A sportban az egész világon az edzők helyzete a legnehezebb. Sok okból. Munkásságuk sajátos lelki „szauna” mellett zajlik. Időnként nagy befolyás és hatalom összpontosul kezükben, nagy megbecsülés övezi őket, bizonyos szinten felül a közvélemény érdeklődésének és szeretetének dicsfényében élnek. Máskor átkozzák őket, egyik napról a másikra megfosztják őket munkakörükétől, mert őket tartják felelősnek a sportoló vagy a csapat sikertelenségéért. Azután újra jön valami lehetőség, ismét mutatkoznak eredmények, és egy idő után minden kezdődik előlről. Hosszú életet ritkán él meg egy-egy edző egy-egy szakosztályban vagy csapat mellett. Válogatott keretekről nem is beszélve. Üstökösszerűen felívelő edzőkarrierrel és látványos „csillaghullásokkal” teli van a sport világsajtója.

Mindenütt nehéz dolog tehát edzőnek lenni. A magyar sportot figyelő emberben azonban erős a meggyőződés, hogy nálunk a legnehezebb. Az edzők gondjait, viszontagságait bemutató riportok, amelyeket Komlói Gábor írt, ezt jól mutatják. Igaza van Komlói Gábornak, amikor azt írja, hogy összehasonlító elemzés kellene ahhoz, hogy megállapítsuk, valóban nehezebb-e az edzők élete nálunk, mint más országokban. Nem is lenne egyszerű dolog az objektív vizsgálódás, komoly módszertani feladatot jelentene ez a sportpszichológusok számára, hiszen közös nevezőre kellene hozni nagyon különböző társadalmi, pénzügyi és sportszervezeti viszonyokat.

Ha nem lehet kutatást végezni, maradnak a benyomások. Amiket Komlói Gábor egyes esetekben, konkrét edzők kapcsán tapasztalt, azt sajnos mások is így tapasztalják, és e sorok írója is csak hasonlókról számolhat be. A versenysport, ill. az élsport területén szinte minden edző sokszorosán ellentmondásos helyzetben van.

Kezdjük talán az alapoknál! Egyik ellentmondás már önmagában az edzői munkakörben rejlik. A mai edzőnek szakembernek kell lennie, általában rendelkeznie kell végzettséggel, ismernie kell sportágának sporttudományi és szakdidaktikai alapjait. Ismernie kellene (itt már csak feltételes módban lehet szólni) a sportága szempontjából fontos ágazatokat, más tudományterülete-

ket, pl. sportélettant, sportorvostant, sportpszichológiát. Ugyanakkor az edzés nemcsak tudomány, művészet is. Tapasztalat, érzék, hangulat, döntési és kockázattatási kedv és képesség, fantázia is kell hozzá. Nagyon sok a hagyomány és a rutin is a munkában, hiszen szinte minden edző korábban maga is sportoló volt és akarva, nem akarva maga is utánozza egykori mesterei stílusát, fogásait. Kiiirthatatlan babonák is élnek, szinte minden sportág edzőmunkájában. Ezek néha jobban befolyásolják az elhatározásokat és az eseményeket, mint a tudatos megfontolások. Minden edző emberekkel dolgozik, eredményessége tőlük függ. A sportolók viselkedése és eredményessége viszont számos más külső tényezőtől is, amire az edző aligha tud hatással lenni. Sok tehát a kiszámíthatatlan, a véletlen az eredményekben, és nagyon sokszor a jó edző és a jó módszer kudarcra van ítélve, míg szakszerűtlen, akár hanyag edzők is elérhetnek jó eredményeket. Nem csoda, hogy azután színes „mítoszok”, „ideológiák” keletkeznek arról, mi használt, mi nem, mit kell tenni bizonyos helyzetekben, és mitől kell tartózkodni. Az edző tehát legalább annyiszor „nagy magus”, mint amennyiszor „kitűnő sportszakember”.

Már ebben a problémában is benne rejlett a másik ellentmondás: az edző felelős a sportolók teljesítményéért, de a teljesítményhez szükséges feltételek felett csak korlátozottan rendelkezik. Kész helyzeteket vesz át, adott emberanyagból kell választania, behatárolják a kezére bízott sportolók képességei is. Figyelemmel kell lennie egy sor kritériumra (pl. feletteseinek igényeire, a közvéleményre, emberieségi szempontokra stb.), ami nem is mindig a tényleges sportmunkával kapcsolatos.

Már ez a két ellentmondás is elég ahhoz, hogy a görög sorstragédiákhoz hasonló emberi drámákhoz vezessen az edzők életében. Ismerünk kitűnő edzőket, akik véletlenek, balszerencsés körülmények között ritkán vagy soha nem tudták bebizonyítani valószínűleg igen jó – módszereik és elgondolásaik érvényét. Akiknek soha nem adatott meg az az elégtétel, ami a Tűzszekerek című kitűnő angol film mellőzött, megkeseredett öreg futóedzőjének, aki mégiscsak olimpiai bajnokságra vezette tanítványát.

Külön tragédiák származnak egy további ellentmondásból: az edző ellen sokszor azok lázadnak fel, akiknek a javát, sikerét akarja, maguk a sportolók. Gyakran tehetséges tanítványok, a jó csapat tagjai. Pedig a sikeres edző tekintélye és hírneve, még ha egekig száll is – akkor is elmarad a sikeres élsportolóé mögött. Gyakran az edző és a sportoló közötti konfliktus forrása éppen az edző magas követelményrendszere, szívós gondoskodása, erőszakos irányítása, ami bizonyosan szükséges és hasznos lenne a sportolónak.

Van még egy igen lényeges ellentmondás, ami sajnós nálunk különösen gyakori: az edző nem tarthatja kézben az anyagi és erkölcsi motiválás eszközeit. Ez nálunk azért gyakoribb, mert az ismeretes bújócska az amatőr és a profi viszonyok között ezt meggátolja. Különböző szabálytalanságok és titkolózások veszik körül a versenysportolóknak kifizetett pénzeket és adott juttatásokat. Gyakran más valósul meg, mint amit ígérnek, mert a különféle manipulációk „nem jönnek össze”, azaz nem annyi, nem olyan pénzt kapnak és nem akkor, amennyit, amilyent és amikor ígérnek a sportolóknak, nem kapják meg a lakást stb. Nem is mindig rendelkezik az edző eme ösztönzők felett. Ritkán függ tőle a sportoló olyasfajta jutalmazása, mint a külföldre való szerződés lehetősége, a profivá válás stb. Így hát a lényeges ösztönzők helyett „puha” eszközök maradnak csak birtokában, mint amilyen a lelkesítés, a példaadás, a dicséret vagy a korholás. Gyakran csak javaslatot” tehet, amit a neves sportoló elfogad vagy nem.

A legfontosabb ellentmondásra itt kell rátérnünk. Ez pedig abból áll, hogy nemcsak nem gyakorolhat igazi ellenőrzést a jutalmak és büntetések rendszerére felett az edző, hanem úgy kell a felelősséget viselnie, hogy nagyon sokan beleszólnak a munkájába. Ez azután speciális magyar „tüneteket” is mutat. Minél inkább a közvélemény érdeklődésének előterében áll egy-egy csapat, annál több a beleszólás. Nemcsak a túlduzzadt sportvezetői gárda érvényesíti befolyását, a féllégális anyagi erőforrásokat biztosító bázisszervek vezetői is jogot formálnak erre, éppen úgy, mint a különböző társadalmi és tömegszervezetek, amelyek valamilyen fennhatóságot tartanak fenn egy-egy sportág, keret vagy egyesület felett. Nem egyszer tekintetbe kell venni orvosok, gyórák és más segítők érdekeit és szándékait is. Sok epizódot, részletet tudunk, mennyi zűrzavar származik ebből, pedig nyilván az összes eseményt, a helyzet egészét senki sem ismeri, hiszen itt titkok sűrű homálya fedi a terepet.

Valószínűleg ebből ered, hogy a sport szinte minden szervezeti egységében a sportvezetők között érdekcsoportok, rejtett „lobbik” alakulnak ki, amelyek harcolnak egymás ellen. Az edzőnek így törvényszerűen vannak ellenségei, az ellenségek táborába beletartoznak felettesek is, vagy olyanok, akik a sportmunka valamilyen feltételét kontrollálják. Az ellenségek igyekeznek akadályozni az edző munkáját. Különös tényeztetben virul a magyar sportban a „fúrás”, vagyis a titkos rágalmozás, befeketítés, ami „sikeres” esetben oda vezet, hogy az edzőt hirtelen fegyelmi elé idézik vagy leváltják. Nagyon gyakori a hirtelen leváltás, mondva csinált okok miatt. Igen sok edzőt egészségi állapotára vagy idegállapotára hivatkozva mentenek fel kötelezettségei alól, az illetékes ezután nagyon csodálkozik, hiszen ő kitűnően érzi magát... De

csak a naivabbja keres ilyenkor orvosi igazolást és jogorvoslatot. Jogorvoslat ritkán van. Csoda-e, ha ebben a helyzetben az edző maga is valamilyen klikket alakít ki, befolyásos támogatók védelmét keresi. A legcsúnyább az, és sajnos, szinte minden esetben megtörténik, ha a sportolók is bevonódnak az edző elleni és az edző melletti érdekcsoportok harcába. Ilyenkor az ellenfél sportolói „betartanak” az edzőnek, ők tanúskodnak ellene, míg a többi sportoló vagy felzárkózik mellette, vagy óvatosan félrehúzódik, ha érzi, hogy az edző „lapáton” van. Gyakran az edző sorsát nem is a saját személye, saját szerepe és saját ellenségeinek akciója dönti el, hanem az, hogy nagyobb erők vesztes oldalán van, vagy azt tételezik fel róla, hogy ott van.

Az edző bajai nemritkán a sportmunka természetes feszültségeiből és konfliktusaiból nőnek ki. Ilyen feszültségek és konfliktusok természetesen a sportban, talán gyakoribbak is, mint másutt. Nagy idegfeszültségben, sokszor lélektanilag izolált körülmények között (edzőtáborban, külföldön) folyik a munka, gyakran kapkodva, amikor mindenki ideges, ilyenkor napirenden vannak a káromkodások, veszekedések. A sportolók nem mindig tűrik könnyen a szükséges „sanyargatásokat”, korlátozásokat. Egészséges csoportlégkörben, egészséges szervezeti körülmények között az ilyen konfliktusok egykettőre megoldódnak. Egészségesek a rivalizálások is, pl. ha több edző dolgozik egy szakosztályban, keret vagy csapat helyett. Sajnos, nálunk ezek a konfliktusok sokszor nagyra nőnek, a felszínen elfojtva tovább gyűrűznek, később robbannak. A zűrzavarok, a „lobbizós” sportszervezeti légkörben e konfliktusok lángjait mesterséges „fűjtatók” is szítják, hiszen az „ellenpártnak” mindig nagyon jól jön, ha be lehet bizonyítani, hogy az edző nem tud kijönni munkatársaival, rossz a viszonya a sportolókkal, nem tud jó klímát teremteni és fenntartani maga körül. A viszályok azután öncélúvá válnak, szinte mindig zavarják a felkészülést és a teljesítményt. Edzők, vezetők, sportolók ilyenkor leginkább a „balhéra” figyelnek, nem a munkájukra.

Bonyolítja a viszonyokat a hivatalos követelmények ellentmondásossága, ami miatt az edző gyakran kénytelen részt venni a bandákban, kísérletezni a teljesítményfokozás vélt hatékony eszközeivel. Ilyenkor a titok felhője már sűrűbb lesz, az igazságtalanság miatt még nehezebb „szabadrúgást” kérni.

Nagyon sokat lehetne még írni az edzők gondjairól és gyötrelmeiről, de a fenti vázlatos képet a sportot kicsit is ismerők könnyen kiegészíthetik saját megfigyeléseik alapján. Még csak arról kell pár szót szólni, kell-e sajnálni az edzőket? Kellene-e védeni, támogatni őket? Azt hiszem, a válasz egyértelműen: igen. Nagyon sok múlik az edzőkön, és valószínű, hogy a magyar sport jelenlegi állapota párhuzamot mutat az edzők sorsával. Nagyon fontos lenne,

hogy egyértelmű, tisztázott feltételek között dolgozzanak. Lényeges lenne, hogy tisztességesen bukhasanak. Vagyis legyen mód igazi „leméretésükre”. Kapjanak szabad kezet, és vonják őket felelősségre is, ne mentesse meg a jól megválasztott érdekcsoport és a jó patrónus a sikertelen vagy a mulasztó edzőt. Vissza lehetne adni a becsületét ennek a munkakörnek.

Ezt tartom a legfontosabbnak, de azért nem hallgathatom el azt sem, hogy az edzői munkának szüksége lenne egészséges viszonyra a nyilvánossággal: a sajtóval és általában a tömegkommunikációval. Önmagában is rossz a jelenlegi titkolózás, amiből persze pletykák lesznek, a bennfentesek „kiszivárogtatásai”, a most elburjánzó magánkiadású leleplező pamflettek áradata. A tömegkommunikációval való kapcsolat kialakításában és fenntartásában szakembereknek kellene segíteni az edzőket. E sorokat a labdarúgó világbajnokság napjaiban írom, a magyar csapat fájdalmas kiesésének élménye alatt, nem nehéz tehát a nyilvánossággal rosszul tartott viszony kárát, tragédiáját tudatosítani. Számos kommunikációs szakember dolgozik már, mindenki szívesen segítene.

Ha kérnék, ha hagynák. A magyar sport és a magyar edzősport további gyengéje, hogy a szakembereket, a kiegészítő, ill. részmunkát végző specialistákat nem vonja be a felkészítésbe a sportvezetés, nem is nagyon engedi őket közreműködni. A sportélettani, sportorvosi lehetőségek töredékét sem használják ki. Pszichológust a legritkább esetben kérnek, engednek a versenysportok kiemelkedő egyéniségeihez, kereteihez, csapataihoz. Ha segítséget kérnek, az csak formális, „ki kell pipálni”, hogy az élsportolókat látta pszichológus. Ilyenkor kikeresik a legsimább modorú, legönállótlanabb pszichológust, aki a rendelkezésre álló rövid idő alatt elvégez valami vizsgálatot, kiad valami véleményt, rendszerint abban a hangszerelésben, amit várnak tőle. Persze, a pszichológus „beszélne” a sportolókkal, a jelenlegi légkörben pedig a „titok” nem szellőztethető, „idegen” a sportolók körül nemkívánatos...

Megfigyelhető egyébként, hogy a legcsúnyábban „kikészített” edző sem beszél, az „omertá” szabálya érvényesül, minden edző tudja, hogy az esetleges visszatérés elől vágná el az utat, ha elkezdené feltárni a valós helyzetet, vagy pedig magát is kellemetlen helyzetbe hozná. Így azután József Attilát idézve elmondhatjuk, hogy a mai edzőt inkább „fortélyos félelem igazgatja” és „nem csalóka, vak remény”...

A sportolókkal folyamatosan együtt dolgozó pszichológusra, időnként pszichiáterre pedig nagy szüksége lenne a mai edzőnek, még voltaképpen szociálpszichológiai, szervezetelméleti, vezetéstudományi szakemberek is elkel-

nének, akik a sportszervezetek belső dinamikájának tisztázásában segíthetnének. Igen sok jó módszert ismerünk már, csak éppen alkalmazni kellene.

Pszichológiára azért is szükség lenne a mai edzőnek, hogy saját viszontagságainak gyökerét megismerje és saját lelki egészségét tudja védeni. Mert az edző „veszélyeztetett fajta”, munkájáért, a sikerek többnyire rövid időszakaiért gyakran fizet ideges tünetekkel, pszichoszomatikus betegségekkel (fekély, infarktus, magas vérnyomás), alkoholizmussal, de legalábbis kapcsolatainak, házasságának elromlásával, családi bajokkal. Így tehát az edző sokszorosan is, és nem csupán metaforikusan a saját bőrét viszi a vásárra.

67. A sportlélektan lehetőségei

Aki a sporttevékenységek, sportversenyek világán kicsit is elgondolkodott már, ösztönösen érezheti, hogy a pszichológiai tényezőknek a sportban óriási a jelentősége. Sok győzelem egyenesen a lélekjelenlétnek, önbizalomnak, lelkesedésnek, türelemnek, akaratösszpontosításnak köszönhető, ezzel lehet felülkerekedni az ugyancsak felkészült és ugyancsak tehetséges többi versenyzőn. Ezek pedig inkább lélektani tulajdonságok, a sportolók személyiségének teljesítményei. Sokak szerint persze ez szinte automatikusan hozzá is tartozik a sporthoz, mondhatni, ez az igazi sport benne, és ennek fejlesztését is szolgálják az edzések, a felkészítő versenyek és mérkőzések, a külföldi portyák. Mások viszont rámutatnak arra, hogy a sportolók lelkével talán külön is kellene foglalkozni, kiváltképpen akkor, amikor ezek a lelki tényezők nem érvényesülnek eléggé önmaguktól, amikor ezek terén hiány, megakadás lép fel.

Többek között erre a feladatra lenne hivatott a sportlélektan. Ez ma a pszichológia egyik alkalmazott ága. Egészében nagy terület, több részre is bomlik, aszerint, hogy mi a munka célja, vagy pedig aszerint, hogy milyen pszichológiai módszerek vagy szemléletek használatosak benne. Van pl. a sportpszichológiában kutatás, ez csak áttételesen áll a sport szolgálatában, mert ennek felismerései esetleg valamiben hasznosíthatók, itt leginkább a sportban megfigyelhető, kutatható lélektani szabályszerűségek az érdekesek. A szorosan vett alkalmazott sportkutatásban már a cél a felhasználhatóság, e téren sportági sajátosságokat, speciálisan a felkészüléssel vagy a versenyzéssel kapcsolatos lélektani összefüggéseket kutatnak. Előtérben álló kérdés pl. itt a sporttehetség, a sportágra vagy a nagy eredményre vonatkozó kiválasztás, vagy az adott sportági mozgáskoordináció. Van pedagógiai sportlélektan, amely az edzéssel, sportfelkészítéssel foglalkozik, van sportszociálpszichológia, amelynek tárgya a sporttal kapcsolatos emberi viszonyok rendszere, a csapatsportok kapcsolati és kommunikációs viszonyai, és van ún. klinikai sportpszichológia, amely a megzavart, gátolt, kibontakozni nem tudó sportolónak kíván segíteni.

Bár a sportpszichológiának nagy a szakirodalma, rendszeresen rendeznek nemzetközi kongresszusokat, mégis világszerte fejletlenebbnek mondható, mint elvárhatnánk vagy gondolhatnánk. Nálunk pedig különösen kialakulatlan, habár ha „névsorolvasásról” van szó, csaknem 100 szakember mondana

„jelen”, ennek kb. fele edző, sportszakember, aki a hatvanas-hetvenes években kiegészítő szakon szerzett pszichológusi oklevelet. Csaknem mindegyik szakember megpróbálkozott már valamivel a sportban, pszichológiai oktató vagy kutató osztályon dolgozott a Testnevelési Főiskolán vagy a Sportkórházban, egyesületben vagy csapatnál volt részállásos pszichológusi alkalmazásban. Általában megszakadt, múltbeli munkákról van szó, jelenleg 4-5 pszichológusnál több aligha áll alkalmazásban a sportban, és talán még kétszer ennyien tevékenykednek valamilyen intézményben vagy kutatóhelyen.

Az elmúlt évtizedeket sportérdeklődéssel megélték persze sokat hallhattak a sportpszichológiáról. Egyes csapatok már a hatvanas években is rendszeresen vittek magukkal pszichológusokat világversenyekekre. A sakkban nemcsak segíti sportpszichológus külföldön a versenyzőket, hanem – állítólag – hipnotizőr zavarni is próbálja az ellenfelet. Nálunk főleg a labdarúgásban tűntek fel pszichológusok, néha üstökösként (különösen a „lehanyatlás” vonatkozásában). A nagy bonyodalmak nálunk inkább a háttérben zajlottak, a csapatpszichológusi tevékenység nem került a nyilvánosság elé, csak a labdarúgó világbajnokságok előtt hallhattuk Baróti, majd Mezei ingerült nyilatkozatait, hogy ők bizony nem kérnek a sportpszichológusokból, és csak a szokott pletykák-ból tudjuk, hogy miként váltak féltékennyé a „nagy mágusok” a sürgölődő sportpszichológusra, és miként kötöttek azután útilaput a talpára. Végh Antal 90 perc című satirikus sporttörténetében egykori fotográfuskáderet neveztek ki sportpszichológusnak, aki azután a versenyek előtt mindig biztató szavakat szajkózott – a novella utalt a korszak jellegzetességére, nemcsak sportpszichológusnak lehetett akkor kinevezni bárkit, egyesületi és szakosztályi elnökök, sőt sportállamtitkárok is kerültek így kinevezésre, bizonyítva Caligula császár kinevezési gyakorlatának (mint ismeretes, Incitatus nevű lovát szenátorra nevezte ki...) életképességét (állítólag persze maga Végh Antal is egy ideig sportpszichológusi státusban tevékenykedett a Debrecen SC-ben...).

A sportpszichológia magyar sorsa mutatja az ágazat nehézségeit. Az edző vagy a sportvezető teljes lelki ellenőrzést akar gyakorolni a versenyző felett, mindent akar tudni róla, és ebben zavarja, ha más bizalmi személy is feltűnik a sportoló körül. Az orvost is csak annyiban tűri meg, amennyiben diktálhat neki és mindent megtudhat tőle, a gyúróról nem is beszélve. Az edző is úgy érzi, hogy ő „pszichológiát” gyakorol, mert megmondja, mit csináljon a sportoló, megnyugtatja, ha ideges, kiabál vele, ha kell, a fiatalabbnak megadja a „makarenkói” pofont stb. A pszichológus tényleg csak bizalmi kapcsolatban tud dolgozni, nem számolhat be munkájának minden részletéről az edzőknek, sportvezetőknek. Így azután hamar kirobban a féltékenység, és az edző

könnyen kihasználja, hogy a pszichológusi tevékenységhez idő kell, amíg hatni kezd, és minden nehézség nélkül túlad a pszichológuson. A sportvezetők ehhez szívesen szekundálnak, hiszen eleve idegesíti őket, ha a sportolók körül idegenek szimatolnak, ugyanis mindenütt sok a takargatnivaló (bunda, dopping, csempészés, titkosszolgálati tevékenység – ill. mindez együttvéve), és még akkor is szívesen elküldik a sportpszichológust, ha az véletlenül „brancsbeli”, vagyis egykor maga is sportoló volt (ez általában valamiféle menlevél, előny a sportban a szakember számára, minden téren). Érdekes módon Nyugaton is hasonló a helyzet, az edző ott is féltékeny és ott sem Grállovagok irányítják az élsportot, és a nyilvánosság ott még kellemetlenebb lehet, mint itt az „ántivilágban” volt, amikor sporthivatali vagy pártvonalon könnyen vissza lehetett fogni egy-egy sajtóközleményt.

Nagy kár pedig, hogy ez így alakult, és hogy még a klinikai sportpszichológiai ellátásra szorulókat is eltiltani, lebeszélni igyekeztek az edzők, sportvezetők, sőt, a „terepszínűvé” vált sportorvosok is. Igen sokat lehet segíteni lélektanilag a sportolónak! Nagy lehetőségek rejlenek az ún. mentális tréningben, amikor is a fantázia és a vegetatív átélés szintjén gyakoroltatják a komplex sportmozgásokat és építik le a különböző akadályokat. Mentális tréningmunkával nagymértékben fejleszthető a sportolók önbizalma, akarata. Relaxáció és meditáció az önszabályozást segítheti, így a rajtlázás vagy a túlfeszült sportoló lehet eredményesebb. Ideges tünetek, konfliktusok, élethelyzeti vagy fejlődési krízisek általában megzavarhatják a sportolók életrendjét, teljesítőképességét, ezen klinikai módszerekkel lehet segíteni. Igen nagy teret kaphat a hipnózis a sportban, egészséges vagy idegileg zavarokkal küzdő sportolókat illetően egyaránt. Nagyon sokszor „kezelni” kellene az edzősportoló kapcsolatot, a csapatok belső lelki légkörét, kapcsolatrendszerét, vagy a sportszervezet „kafkai” kapcsolati világát. Mindez lehetséges, de időigényes, fáradságos, szakértelmet igénylő dolog, és kell, hogy ebben a munkát a sportvezetők támogatassák.

Nagyon jó lenne tehát a sportlélektan kultúráját nálunk fejleszteni, feléleszteni, mert ezzel elő lehet segíteni a tehetségekkel való jobb gazdálkodást, a sporttevékenység humanizálását, de általában a sport eredményességét is. Egyik út ez a magyar sport előbbre lendítésében, amely nem kívánna nagyobb beruházásokat, hiszen nem kellene ide költséges műszer, felszerelés, csak az élők munkát kellene megfizetni (nem is csupán a drágább „státus” formájában, hanem részmunkaként). Talán segít a lassan most már a sportban is végbemenő rendszerváltás, a sportirányítás depolitizálása, a „kiskirályos” helyi vezetési viszonyok megváltozása, a ponthajszolás és a bürokratikus edzés-

dokumentálás helyett az elmélyültebb, aprólékosabb felkészítésű munka előtérbe kerülése. Talán ebből a szempontból hasznos, ha nem kerül sor annyi edzőtáborra, utazgatásra. A pszichológia kultusza, ha talán nem is nagyon látványosan (bár évek távlatában ez sem kizárt), hozzá tudna járulni a magyar sport fejlődéséhez.

68. Babona a sportban

A modern ember nagyon szeret a racionalitás szerepében tetszelegni, de a tapasztalat azt mutatja, hogy igencsak hajlik a babonára, hisz a természetfeletiben, teli van mágikus szokásokkal, elképzelésekkel. Felmérések mutatják, hogy a lakosság túlnyomó többségében található irracionális hiedelmek, viselkedésformák. Még az értelmiségben is. Ma ez nálunk is nyilvánvaló, az aluljárói könyvpiac tartós slágerei a természetfeletttel foglalkozó könyvek és a nulladik típusú találkozásokat is tömegek nézik. A magánéletben különösen babonásan viselkedünk, kabaláink, amulettjeink, rítusaink vannak, legalább „lekopogjuk” a dolgokat, vagy megfogjuk a gombunkat, ha kéményseprőt látunk...

Ha ilyen a társadalom, nem különbözhet nagyon tőle a sport sem. Valóban, tudjuk, hogy versenyek, mérkőzések előtt a legtöbb sportoló megpróbál valamiképpen a „természetfelettihez” fordulni, megbizonyosodik, hogy megvan-e a baba, a szerencsepénz vagy kis ékszer, és végrehajtja azokat a műveleteket, amik reményei szerint majd szerencsét hoznak neki. Bizalmasan számos sportoló elmondja, hogy neki eddig mi vált be, miben bízik. Pszichológusok már régen kimutatták, hogy az ilyen hit meglehetősen erős, és nem rendíti meg az ellentétes tapasztalat, sőt, inkább még erősíti. Ez a Festinger-féle ún. kognitív diszonzancia, vagyis értelmi ellentmondás tétele. Eszerint a hit valóban komolyan veszi a kivételt erősíti a szabályt elvet, és minden eseményt, amely nincs összhangban a hittel, jelentéktelen kivételnek minősít. Így hidalja át az ellentmondást. Amuletről tehát nem derülhet ki, hogy rossz, legfeljebb egy adott pillanatban nem volt elég hatásos (vagy olyan nyomós hátrányok merültek fel, hogy természetesen már ez sem segíthetett...).

Nagyon sok sportoló – mint sok átlagember is – az életben, a döntő pillanatokban a vallás felé fordul. Dél-amerikai sportolók, a földközi-tengeri országok fiai a versenyek előtt imádkoznak, sűrűn vetik a keresztet. Talán nem érthető félre és nem a korábbi évek vallásellenességének nyomait látják benne, ha azt mondjuk, hogy ez a fajta vallási viselkedés is lényegében babona, hiszen valamiféle gyerekes alku folyik Szent Antallal vagy a Jóistennel, hogy az adja meg, amit kérünk, vagy háritson el valamit, amit nem szeretnénk. Általában az ilyen viselkedés távol áll az élő vallásosságtól (aminek példáját a sportban a Tűzsekerek c. angol filmben, minden idők legnagyszerűbb sportfilmjében – amely természetesen sokkal többről szól, mint a sport – láthatjuk).

Hogyan kell értékelni a babona szerepét a sportban? Valamiféle elmaradottság-e ez, vagy van valamilyen funkciója a sportoló szempontjából?

Nem egyszerű a válasz. Mint minden a világon, ez sem értelmezhető fekete-fehér kategóriákkal. Ha a babona kultusz, ill. kultúra része, és van benne játékosság, humor, ha nyílt dolog, akkor tulajdonképpen nem negatív, segítheti a sportolókat a verseny előtti szorongás levezetésében. Ilyen szempontból azt mondhatjuk, hogy a magyar sport túl kevésbé babonás. A sportolók nem mernek beszélni szokásaikról, mert a sportközösségekben sok helyütt gyakori durva viccelődésnek teszik ki magukat. Némán és bizonytalanul ragaszkodnak inkább szokásaikhoz. Még leginkább a lányok körében elfogadott a játékos babona néhány megnyilvánulása. A vallásos babona előnye, hogy az kultikus, meg is mosolyogjuk, mikor a képernyőn a kajla, csibész latin fiúk próbálnak buzgólkodni és igyekeznek az égiek kegyét megnyerni.

Nem jó viszont a babona, ha problémaelfedő, ha a sporttal kapcsolatos lélektani nehézségek megoldása elé tolikodik valakinek a sportolói gyakorlatában. Vagyis ha nagyon komolyan veszik. Komoly baj, ha a babona a szakmai vagy a tudományos feladatok helyére lép. Ez a dopping egyik kára, fenntartja a sportolóban a mágikus hiedelmet, hogy őt csodaszerűen, tablettával vagy injekcióval megsegítik. Ezért nem jó a csodadoktor vagy a csodagyúró sem a sportolók között, ezért nem jó az a kuruzslás, amit sok sportorvos fenntart a sportolók körül, hatóanyag nélküli vagy tudományosan nyilvánvalóan hatástalan (placebo) készítményeket adva, vagy „vitaminkultuszt”, „só-kultuszt” képviselve. Káros a babona a sportvezetőkben, mert akkor „megérzéseik” alapján állítják össze a csapatot, irányítják a felkészítést. Itt már nem mondhatjuk, hogy kevés a babona, inkább túl sok. A magyar sport története teli van rossz babonákkal. Az ún. sportszakemberek között nagyon sok a „hamis próféta”, aki valamilyen mágikus ügvet hirdet, őket fogadják be leginkább a vezetők. A hetvenes években több sportágban valamiféle „ionizált vizet” adott valamilyen szakember, ezt buzgón itatták a sportolókkal. Emlékszünk még a mexikói „szénhidrátetetésre” (amihez képest még szimpatikus az a sporttudós, aki elvállalta, hogy „egyévre szabott individuális tudományos diétát” dolgoz ki, és ezt úgy oldotta meg, hogy minden sportolónak azt mondta: azt eszik, amit akar...). Itt már nincs helye a babonának, a sportvezetés szorongásait nem így kell oldani.

A babona kérdését a sportban érdemes behatóbban vizsgálni, mert az a sport számos olyan társaslélektani összefüggését világítja meg, amit a sport jobb megértéséhez és tudományos segítéséhez lehet felhasználni.

69. A szorongás klinikai pszichológiai és sportlélektani kérdései

A szorongás a köznyelv és a közgondolkodás fogalma, a pszichológia onnan vette át és kezdte alkalmazni, ill. vizsgálni az általa jelölt jelenséget. Már az ókori latin nyelvben megvolt a fogalom és kb. ugyanúgy használták, mint napjainkban. Az anxiétás jelentéstartalma ugyanaz, mint a mai szorongásé, a fogalomban rejlő képi elem is azonos: szűk helyre beszorítottság, feszengés, zsákutca, kutyaszorító élménye. Az ókori szövegekben, majd a középkori latinban is úgy fordul elő, hogy életérzést, érzelmi állapotot jelöl, amiben a félelem, a kényelmetlenség, a rossz előérzet a jellemző. A mai szóhasználathoz hasonlóan a latin nyelv is tudatos élményt ért a szorongáson, aminek azonban az ember maga nem tudja pontosan megmagyarázni az okát. Rendszerint azonban tudjuk és meg tudjuk mondani, hogy szorongásunk mire vonatkozik.

A jelenséggel, az életérzéssel és a gyakori szubjektív élménnyel a 19. század filozófusai már sokat foglalkoztak. Különösen azok a filozófusok, akik filozófiai antropológiát műveltek, így pl. Kant, Schopenhauer, Nietzsche. Szinte központi jelentőségű az élmény és az életérzés Kierkegaard filozófiájában.

A század utolsó évtizedeiben, amikor a neurotikus viselkedés és a funkcionális zavarok problémaköre az orvosok érdeklődésének előterébe került, a szorongás fogalmát automatikusan alkalmazták a pszichopatológiai jelenségek leírásában. A múlt század második felében megszületett a neurotikus szorongás koncepciója, amely megmagyarázhatatlan, oktalan, szokatlan szorongást fejezett ki, majd pedig a szorongásos neurózis entitása, amely olyan körkép, melyben a lényeges tényező a nagyfokú és rendszeresen jelen lévő neurotikus szorongás. Az új fogalmi árnyalatok és változatok kimunkálásakor a szorongás jelentése nem volt problematikus, a közhasználatú értelem evidenciaérzése világosan mutatta, miről van szó.

A szorongásos neurózis kategóriájának megalkotásában szerepe volt Freudnak is. Ez azért jelentős, mert a neurózis első összetett elmélete, és ezzel a klinikai pszichológia létjogosultságának megteremtése Freud nevéhez fűződik, és a pszichoanalízis állította valójában a tudományos figyelem középpontjába a szorongást. Freud is kezdettől fogva észrevette és hangsúlyozta, hogy a szorongásnak nagy szerepe van a neurózisban. Egyik első pszichoana-

litikus művében már 1895-ben javasolta, hogy a neurasthenia kórtani egységéből a szorongásos neurózist önálló entitásként kell választani, mert ez természetében és keletkezésében más. A szorongásos neurózis később az ún. „aktuálneurózisok” csoportjába került. Freud ugyanis a szorongást először a szexuális energia elfojtásából és „átfordításából” (konvertálásából) eredeztette, és úgy értelmezte, hogy a pangó szexuális energia keres kiutat a szorongásos tünetben. Kóroki szerepet tulajdonított a kielégületlenségnek, a megszakított közösülés frusztrációjának. Az aktuálneurózis kifejezés azt tükrözi, hogy a neurózis nem a személyiségfejlődési folyamat zavarából ered, hanem a lelki apparátus aktuális túlterheléséből. Freud ebben az időszakban a pszichikus, ún. homeosztatisztikus modelljét tétélezte fel, eszerint az ingerületek feszültségét a pszichikumnak le is kell vezetnie ahhoz, hogy normálisan tudjon működni és az ilyen egyensúlyhelyreállítás zavara a szorongásos tünetképzés (Rapaport 1960). A pangó feszültség kórtani modelljéből eredt a pszichoanalitikus gyógy mód első elmélete, a szorongásos állapot lereagálási felfogása, a katarzisz terápiás koncepciója.

Freud a szorongásnak nagy jelentőséget tulajdonított más neurózisokban is. A szorongást, mint mennyiségileg kifejezhető lelki feszültséget hártja el a pszichikum az elfojtás révén, és mivel az elfojtott feszültség is kitöréssel fenyeget, a tünet levezető mechanizmusa alakul ki. Szorongás áll a hisztériás tünetek mögött is, a feszültség a tünetek energetikai töltésébe konvertálódik (innen a konverziós neurózis kifejezés). Freud első feltevése szerint az ilyen neurózisok kezelésében is beválik a katarzisz-elv, és a hisztéria kezeléséről szóló tanulmánygyűjteményben ilyen kezelési esetekről van szó (köztük van az első pszichoanalitikus páciens, Anna O. esete is, lásd erről: Freud, Breuer 1896).

A szorongás fogalmi kezelésében már korán megnyilvánul Freud gondolkodásában az a szempont, hogy a szorongás eredete és jellege az én számára nem tudatos. Az elfojtás lényege abban rejlik, hogy a pszichikus összefüggéseket tudattalanná teszi. Az elfojtott mindig tudattalan. Ha tudatosul, akkor az elfojtott tartalmak feszültsége utat kap a viselkedés és a kommunikáció megszokott csatornáin át, tehát pl. „ki lehet beszélni” a feszültséget. Ez nagyon fontos szempont, ebben voltaképpen fogalmi újítás rejlik, hiszen a korábbi szorongásértelmezéssel szemben a szorongás ennek jegyében nem szükségképpen tudatos élmény, hanem inkább lelki energiamennyiség, feszültségkvantum, aminek tudatos átélése hiányozhat is, mert a tudatból kiszorítható. A freudi fogalomhasználat és jelenségkezelés ma is érvényes azt illetően, hogy a szorongás hátterének tudatosítása, a belátás az összefüggésekbe lehetővé teszi

a szorongás csökkentését, és ugyanígy a verbális vagy a mozgásos feszültség-levezetés is a szorongás csökkentése irányába hat.

Bár Freud ezt követően sem tévesztette szem elől a szorongás jelentőségét, később inkább azt a gondolati vonalat vitte tovább, ami szerint a szorongás maga nem önálló és elsődleges pszichikus energia, hanem más eredetű energetikai feszültségből, pl. szexuális energiapangásból származik. A szexuális energia más vonatkozásokban is mind fontosabbá vált, majd pedig a szexuális energia elmélete, a libidóelmélet lett a pszichoanalízis központi tétele. Az ösztöneredetű libidó különféle megnyilvánulási mechanizmusainak és formáinak leírása során a szorongás lassanként érdektelenné vált a pszichoanalízisben.

Csak a húszas években, a személyiség strukturális elméletének (felettesén-én-ösztönén) kidolgozásakor került elő a szorongás kérdése ismét. Freud ekkor már nem látta értelmét, hogy a szorongás mennyiségeiről szóljon, hiszen önálló szorongásenergiák létét nem ismerte el. Számos klinikai megfigyelés nyomán nem is vélte tovább tarthatónak azt a tételt, hogy a szorongás energia-pangás következtében áll elő. A szorongásról ettől kezdve inkább mint intrapszichikus jelzésről beszélt, az én funkciójának tartotta. A funkciójelző természetű, valamilyen veszélyt szignalizál. A veszély a személyiség szerkezeti elemei közötti egyensúly felbomlása, vagyis a szabályozó én kontrolljának fenyegető elvesztése lehet. A veszély származhat az ösztönén készíttéseinek nagy erejéből, amelyek az én szabályozását áttörni készülnek, de származhat a felettesén túltengéséből is, amelynek morális parancsai az ént fenyegetően korlátoznák. Az én a veszély nagyságával analóg erővel és intenzitással átélt szorongás hatására a fenyegető helyzetet megoldani igyekszik. A megoldás rövidzárlatos és rövid távú módja továbbra is lehet a tünetképzés, de az ebben működő elhárító mechanizmusok már nem a szorongásenergiát szorítják a tudattalanba vagy konvertálják másfajta érzésminőségé, hanem a veszélyt okozó készíttések energiáit, a hozzájuk tartozó képzetstruktúrákkal együtt.

Freud eme új elméletében (1926) az én mindig a külső realitás szempontjából értékeli elsősorban a veszélyeket. Az egyetlen tengely, ami viszonylag független az aktuális realitástól, de a személyiségfejlődés korábbi valóságos helyzeteivel nagyon is szoros kapcsolatban állt, ez az ösztönén és a felettesén követelményei között feszülő ellentmondás. Ennek a klasszikus freudi neurózisokban nagy szerepe van, számos adat szól azonban amellett, hogy a későbbi nemzedékekben ez a feszültségív folyamatosan csökkenő intenzitású. Az én számára rendelkezésre áll a félelem jelzőmechanizmusa, ha a külvilág és az

én vetületében jelentkeznek fenyegetések. Valószínű, hogy a félelem jelzés-rendszere vonatkozik a belső veszélyekre is, a szorongás tehát a félelem egy változata. Ez Freud feltevése is, ő megkülönböztet valós és neurotikus szorongást, a valós szorongás (Real-Angst) lényegében azonos a félelemmel, és ez a valóságban várhatóan bekövetkező veszélyek anticipációjának terméke.

A szorongás kutatása lényegében Freud után kezdődött meg, nem érdektelen azonban az eredeti pszichoanalitikus nézeteket elemezni, ugyanis ezekben sűrítetten megvan a későbbi szorongáselméletek minden válfaja. Freud után szinte minden neuróziselmélet beépíti magába a szorongás jelenségét, de legtöbbször külön ontológiai magyarázat nélkül, mint magától értetődő dolgot, aminek motiváló jellege nyilvánvaló, természetes. Közelebbről a behaviorizmus, ill. a tanuláselméletek kibontakozása vette vizsgálat alá a szorongást. Ezek az elméletek is a félelemből származtattak. Azt tételezték, hogy a félelem veleszületett ösztönkésztetés, míg a szorongás tanult vagy másodlagos ösztönkésztetés. A szorongást a félelemhez kondicionált másodlagos ingerek váltják ki, ezekből bonyolult láncolat alakítható ki kondicionálási kísérletek során. Az állatkísérletekben a szorongás mint az elkerülési reakciók késztetési bázisa jelent meg, a kutatók az elkerülés intenzitásával mérték, ill. azt vizsgálták, hogy a szorongásnak nevezett állapot mennyire mutatja a félelem megnyilvánulásait, ill. milyen nagy belső feszültséggel jár (állaton ez mindig a motoriumban megjelenő, és így megfigyelhető dolog). Ezek a kísérletek sokban hozzájárultak a szorongásról alkotott mai képünk kialakulásához. Ezek is hangsúlyozták az anticipatív elemet a szorongásban, hiszen állatban mindig a valós veszélyt előrejelző feltételes reflexinger képes szorongásszerű állapotot kiváltani.

A szorongás különösen előtérbe került azoknál a kutatóknál, akik a tanuláselméletek és a pszichoanalízis szintézisét próbálták megalkotni a klinikai lélektan problématerületén. Főleg Dollard és Miller (1950), továbbá Mowrer (1950) nevét kell megemlíteni ebben a vonatkozásban. Mindannyian szerettek volna szakítani a monolitikus libidóelmélettel, és szívesen tételeztek fel önálló szorongáskésztetést. Dollard és Miller ösztönjellegű késztetés-állapotnak nevezi a szorongást, Mowrer számára a szorongás késztetés (drive), amely a késztetésredukció elve alapján szabályozza a viselkedést. Mowrer ismét nagy szerepet adott a szorongástól való megszabadulásnak, mint motivációs erőnek, és meghagyta a különböző védekező mechanizmusok szorongás-csökkentő funkcióját, ezeknek a mechanizmusoknak hatékonyságát Freudhoz hasonlóan inadaptívnek tartva.

A tanulásméleti szorongásmagyarázat látszólag jól összekapcsolható volt a pszichoszomatikus orvoslás és a neurofiziológiai kutatás szorongásfelfogásával, amely a szorongást endokrin anyagi szubsztrátumhoz kötötte, vagy pedig azonosnak, ill. analógnak fogta fel a központi idegrendszer ingerületi aktivitásával (arousal). Az előbbi főleg az adrenalin és noradrenalin-kiválasztás mértékét tartotta a szorongás erősségével párhuzamosnak, az utóbbi az agy bioelektromos aktivitásának jellegét és fokát hangsúlyozta (újabbban ez a megközelítésmód is a neurotranszmitterek endokrin természetű hatásait veszi inkább figyelembe). A pszichoszomatikus orvoslás és az idegélettan a vegetatív idegrendszer izgalmi állapotában, ill. szimpatikotoniában látja a szorongás alapját, és a szorongás mutatóinak a vegetatív idegrendszer izgalmi jeleit veszi, pl. a pupillatágulatot, izomfeszültséget, verejtékmirigyek elválasztását, szívritmusfrekvenciát, a bőrellenállás változását stb.

Ez a megközelítés hasznos volt a pszichológia számára, mert sok vizsgálatmetodikát dolgoztak ki ennek jegyében. A GBR módszertől a komplex élettani működésmérő eljárásokig (pl. az Amerikában korábban előszeretettel alkalmazott „hazugságetektorig”) sok vizsgálati eljárás alakult ki ezen a talajon. Ezek a pszichológia legkülönbözőbb elméleti és alkalmazott területein sok értékes eredményt hoztak. Az egészen napjainkig a kísérletes lélektanban uralkodó behaviorista szemlélet szellemében azonban ezeknek kedvéért mindinkább elhanyagolták a szorongás élménylélektani vetületét. Nagyon különböző érzéskvalitásokat neveztek a pszichológusok szorongásnak, lényegében minden ingerületi állapot szorongásnak minősült, ha kellemetlen, fenyegető színezete volt átélésének. Számos szerző ezért nem is használta a szorongás fogalmát, nem tartotta elég pontosnak, specifikusnak. Így pl. Rotter, aki tanulásméleti alapon igyekezett klinikai személyiséglélektani elméletet alkotni, eleve le is mondott a fogalom használatáról (Rotter, Hochrein 1979). Különösen sok zavart okozott a bizonyos szituációkban megjelenő szorongás összekeveredése a személyiségvonással, személyiségtulajdonsággal, ami tartós szorongáskészségben jelentkezik. Ezt a konfúziót próbálta Spielberger feloldani (1966), a „state” és „trait” szorongás elkülönítésével. A „state” szorongás aktuális állapot, a „trait” pedig szorongásdiszpozíció, személyiségtulajdonság. Az elkülönítést kérdőíves teszt módszer segítségével is megpróbálta, kérdőívét ma is széles körben használják.

Az idegélettani és a tanulásméleti szorongásértelmezést a későbbiekben sok kritika érte. A vizsgálati adatok alapján valószínűtlenné vált, hogy a szorongásnak önálló endokrinológiai mechanizmusa lenne. Az valószínűsödött, hogy nonspecifikus izgalom- és késztetésfokozódás kaphat szorongásos szí-

nezetet. Többek között Stanley Schachter bizonyította szellemes kísérletekkel, hogy adrenalin vagy noradrenalin befecskendezése különböző érzelminőségeket hozhat létre, attól függően, hogy a szociális helyzet milyen belső értelmezési, minősítési mintákat sugall (Schachter, Singer 1962). A figyelem mindinkább ezekre a mintákra irányult. Ezzel a problémával részben a szimbolikus interakcionizmus szociálpszichológiai irányzata foglalkozott, részben pedig az ötvenes években erősödő, ún. kognitív irányzat. Mindegyik a személyiség információfeldolgozó és -értékelő szerkezeteire és folyamataira irányította a kutatásokat, hiszen ezektől, pl. hiedelemstruktúráktól, attitűdöktől, sztereotípiáktól függ, hogy a személyiség a külső és a belső valóságot hogyan értelmezi. Az értelmezés nyomán alakul ki azután az érzelmi reakció (Kelly 1955, Shibutani 1961 stb.).

Ebben a megközelítésben ismét előtérbe került az anticipáció. A kognitív működésektől függ ugyanis, hogy mit tartunk veszélyesnek, hogyan értékeljük a környezet jelzéseit. Nagy egyéni különbségek lehetnek, előzetes tanulástól és egyéni hajlamoktól függően. Egyesek ártalmatlan jelzéseket minősíthetnek veszélyesnek, mások messze előre tekintve már akkor szoronghatnak, amikor még a többiek nem is vesznek észre semmit. Hibás kondicionálási folyamatok kapcsán félelem, illetve szorongáskeltők lehetnek különleges és ártalmatlan ingerek is, különösebb kognitív közvetítés nélkül, ezek azonban leginkább a főbiák szerveződésében játszanak szerepet, a szorongás rendszerint összetett kognitív mediáción át jelenik meg.

A szorongás klinikai lélektani és kísérleti pszichológiai szakirodalma meglehetősen ellentmondásos és zavaros. A fogalmat nagyon sokféle jelentéstartalmi árnyalattal használják. Ugyan ezek az árnyalatok beleférnek a köznap szorongásfogalomba, a tudományban a fogalomhasználatot mindinkább specifikálni és operacionalizálni kell, ezért a szemantikai különbségek szembevetőbbek. A klinikai pszichológiában praktikus osztályozásokat szoktak adni. Egy ilyen osztályozás megkülönböztet „szabadon lebegő, diffúz szorongást”, ehhez alig kötődik képzet, bizonytalanságérzést, ill. személyes fenyegetettség érzését, továbbá a saját viselkedésünkkel kapcsolatos aggodalmainkat. Mindhárom fajtát egyszerűen szorongásnak nevezzük, de tudományos szempontból célszerűnek látszik megkülönböztetésük (Hilgard 1962). Egy másik osztályozás még praktikusabb, a régi pszichoanalitikus felfogást elaborálja, eszerint négyfajta jellegzetes szorongás van: 1. felettesén-szorongás, amikor a szorongás gyökere a túl erős, interiorizált erkölcsi parancsokból ered; 2. kasztrációs szorongás, amely az ún. Ödipusz-korszak terméke, és a nemi szerv büntetésszerű elvesztésének félelmeként jelenik meg, majd szimboliku-

san hasonló élethelyzetekben később újra aktiválódik; 3. szeparációs szorongás, a biztonságot nyújtó emberi kapcsolat elvesztésének félelme, és 4. az ösztön- vagy késztetés-szorongás, ami arra vonatkozik, hogy az én fél attól, hogy a szociálisan elfogadhatatlan késztetések áttörnek, és így a viselkedés szabályozása megszakad (Nemiah 1975). Ennek az osztályozásnak nyilvánvalóan klinikai gyakorlati értelme van, az első fajta a klasszikus neurózis típusos szorongása, a második neurotikus személyiségfejlődés esetén jelentős, de van gyermekpszichológiai fontossága, a harmadik elsősorban gyermekek és serdülők viselkedészavaraiban jellegzetes, míg a negyedik a pszichotikus szorongás képlete.

Bárhogy is nézzük, a szorongás tudományos megismerése még meglehetősen bizonytalan és a gyakorlat számára nem ad eléggé megbízható támpontokat. Különösen azt nem teszi lehetővé, hogy a gyakorló klinikus pszichológus és a kísérletes pszichológus a szorongás fogalmának és jelenségvilágának jegyében közös nevezőre jusson. A klinikai gyakorlat ezért bizonyos fokig önállósította magát, és nagyon pragmatikusan kezeli a szorongást. Lényegében szorongásnak vesz mindent olyan diszkomfortérzést, ami félelmi színezetű, és ami bizonyos jellegzetes szituációkban lép fel, melyekben a személyiség feladatok előtt áll, önmagát képviselnie kell, és amelyekben nem rendelkezik megszokott kielégülési és feszültséglevezetési módjaival és interperszonális támpontjaival. Amennyiben ez az érzés feszültségfokozódással és vegetatív izgalommal jár, ez a szorongás súlyosságának jele. A klinikai gyakorlatban a kórosság vagy a betegség mértéke bevallott és vállalt módon önkényes, ill. konvencionális. Van egy mérték, amikor a szorongás helyzete és mértéke a környezet és az egyén számára kórosnak minősül, de kismértékű szorongást is minősíthet valaki problematikusnak és kérhet rá segítséget. Ez a pragmatikus megközelítés a rejtett szorongást „fekete doboz” módon kezeli, nem foglalkozik vele, csak akkor, ha azt valami felszínre hozza.

Az ilyen klinikai gyakorlat általában nem törekszik a szorongás mennyiségi meghatározására. Az élményre figyel, az érzelmi-indulati állapotra, ami a kommunikációban és a viselkedésben megnyilvánul. A viselkedés gyakran különböző társas terekben megfigyelhető viselkedést jelent. A kommunikáción át megismerhető a személyiség múltja is a szorongás élménytengelyében. A közvetlen megfigyeléseken és e múltbeli élménytengelyen át a személyiség szorongáskészsége és a szorongás mögött álló problematika fejlődéslelektani gyökérzete a szükséges mértékig megismerhető. A vizsgálat fő módszere a beleélő megértés, az empátia (Buda 1978). Az empátiás kapcsolatban mintegy „szociálpszichológiai figyelem” érvényesíthető, a másik embert adott szí-

tuációkban, azokhoz viszonyulva értjük meg. Az empátia óriási előnye az, hogy különleges kommunikációs folyamatot indít meg, ebben a vizsgált ember spontán feltárul és a további megértéshez mind több támpontot ad (Jourard 1971).

Ebben a folyamatban a pragmatikusan megfogalmazott szorongás fontos indikátor, szinte hermeneutikus kulcs a másik megértéséhez. Ahol szorongás van, ott a személyiség belső harmóniájának vagy a környezethez való kreatív alkalmazkodásának valamely nehézsége vagy zavara rejlik. A klinikai pszichológusnak a szorongással körülvett élményterületet kell tovább elemeznie, közelítenie. A szorongásban mindig benne van az elővételezés, az anticipáció. Az ember mindig valamitől szorong. Ezt azonban nem tudja megmondani. Megkérdezni tőle tehát ezt nem lehet. Viszont lehet követni kognitív folyamatait, amelyekben a szorongáskeltő tartalmak, képzetek megjelennek, és ezek mögött újabb képzetek idézhetők fel. A megismerés során a szorongás kognitív útjának pontos visszakövetése rendszerint a szorongás heveny fokozódását vonja maga után. Ennek azonban egyben feszültséglevezető funkciója is lehet. A jól vezetett kommunikációban ezáltal a klinikai megismerés egyben terápiás hatás is.

A szorongás közvetlen kognitív medrében mindig valamilyen viselkedés-szervező törekvés, valamilyen aspirációs szint, valamilyen társaslélektani hatás vagy a saját énről keltett kép (imágó) készítése ütközik a személyiség kognitíve számba vett erőforrásaival és a külső valóság lehetőségeivel. A szorongás leginkább akkor áll elő, amikor a helyzetből nincs kitérés lehetőség, nincs halasztás, amikor a cselekvés vagy a megnyilvánulás imperatívvá válik, és amikor a helyzet nehezített. A helyzet különböző okokból lehet nehezített, pl. nagy társas figyelem veszi körül, pl. le kell mondani bizonyos erőforrásokról (ilyenek lehetnek az előbb említett kielégülési módok, pl. ismeretes, hogy a klinikai vizsgáló szituációban a dohányzás tilalma önmagában is elég lehet ahhoz, hogy dohányos emberben felszínre hozza a szorongást), pl. nagy tét vagy a környezet a személyiség céljainak ellenáll. Lényegében a szorongás élethelyzete eleven testhelyzet, *experimentum naturae*, ilyen helyzetekben méretik le általában az ember a mindennapi társas szituációkban is, és ebben a szemléletben tér vissza leginkább a klinikai és a szociálpszichológia a mindennapok implicit pszichológiájához, amely mind nagyobb figyelmet kap az utóbbi években (csak utalásként említjük az etogenia és az etnometodológia irányzatait, de a kérdés a klasszikus lélektan alapján is megfogalmazható, és benne rejlik már olyan korai kognitív elméletekben is, mint az idézett G. Kelly szociális konstruktum elmélete).

A megismerés „királyi útja” tehát a szorongás tengelyében az, hogy folyamatosan igyekszünk megérteni – empátiás úton –, hogy az adott szituáció a személyiség számára mit jelent, a tervezett cselekvéshez vagy megnyilvánuláshoz mit asszociál, mit anticipál. Az anticipációnak különben ugyancsak mélyre nyúló gyökerei vannak a pszichológiában. Freud pl. már korán felhívta a figyelmet, hogy a gondolkodás lényegében próbacselekvés, később a fantáziákra vetült fény, és a lehetséges összes kognitív működések együttes tevékenységére utal az ismert TOTE modell (Miller, Galanter, Pribram 1960), amely szerint a viselkedés mindig megszerveződik és belső ellenőrzésre kerül, majd jelképesen lejátszódik és újra ellenőrzésre kerül, és csak azután oldódik ki (Test-Operate-Test-Exit). E modellben a viselkedés gyors kognitív leképződése alapfolyamat, ami a valóságképek nagy készletével kerül összehasonlításra. Mindezt a differenciált elméleti értelmezést a klinikumban ki lehet kerülni, ha egyszerűen feltételezzük, semmikor nem szorong valaki ok nélkül, a szorongásnak idioszinkretikus, egyéni értelme van, és ez tisztázható.

Ugyanez a logika követhető a klinikai sportpszichológiában is. A sportolók különböző élethelyzetekben szoronghatnak, ezek többnyire nem-specifikusak a sportolás szempontjából, vagyis itt ugyanúgy szoronghatnak, mint más ember. Ennek is lehet azonban kihatása a sportteljesítményre, pl. ha huzamos, tartós szorongási szint marad meg, vagyis amikor a korábbiakban alkalmazott „helyzet” vagy „szituáció” fogalom nem egy rövid lejáratú szociális eseményre (pl. vizsgára, versenyre, feladatteljesítésre, megjelenésre stb.) vonatkozik, hanem élethelyzetre, amely heteken-hónapokon át tarthat. Ilyenkor a személyiség mintegy preokkupáció-szerűen foglalkozik a helyzettel mint problémával, és ennek szorongásos élményfolyamatai vannak. Ez már a felkészülés és a versenyzés motivációs állapotát ronthatja, belső figyelemmegosztást idézhet elő, maga a szorongással járó vegetatív izgalom is ronthatja a perceptomotoros szabályozást, energiákat vonhat el a mozgásos teljesítménytől. Ezért van az, hogy átlagos, a mindennapi életben esetleg különösebb betegség vagy problématudat nélkül elviselt gondok, megterhelések, ill. kisebb személyiségzavarok a nagy teljesítményű sportolók esetében kezelésre érdemesek, mert zavaró hatásuk eliminálása a sportteljesítményt önmagában is fokozhatja (Buda 1979), és ez a „kezelés” gyakran nem is túl bonyolult klinikai pszichológiai feladat. A kezelés, foglalkozás esetleg csupán annyira terjedhet ki, hogy a szorongás mértéke csökken, vagy olyan szintre száll le, ami már nem zavaró. A szorongást kiváltó élethelyzeti vagy személyiségből eredő problémákban esetleg nem is kell (nem is mindig lehet) változást, átrendeződést kiváltani (minderről a szorongás csökkentését illetően még szólunk).

Más és specifikus jelenség az a szorongás, ami sajátosan a sporthozannak különböző eseményeihez, legtöbbször a versenyhez, a mérkőzéshez, a fontos teljesítménykövetelmények megvalósításához kötődik, bár ennek a szorongásnak is megvannak az analóg formái az élet más területén (pl. az ún. lámpaláz). Ezekben a szorongási élmény és viselkedés intenzív vizsgálata, mintegy mikroelemzése szükséges, hogy összefüggéseit feltárhassuk. Itt is az anticipációk kognitív folyamatain át vezet a megismerés útja. Gyakorlati szempontból a szorongást legegyszerűbb inkongruencia-jelnek tekinti, amiben az tükröződik, hogy a szituációhoz való viszonyát a személyiség nem tudja összhangba hozni, nagyon erős az az anticipációja, hogy a helyzetet nem uralja, hogy a helyzet kimenetele számára kedvezőtlenül alakul, mégpedig úgy, hogy ő azt befolyásolni nem tudja. Ennek az érzésnek mindig van belső racionalitása, noha kívülről gyakran irracionálisnak látszik, vagy szélsőséges formákban nyilvánvalóan az is. Ezt a belső racionalitást kell megkeresni. Legtöbbször a felkészülés és az adott közérzet és diszpozíció hiányosságainak tudata kelti a szorongást. Gyakran az ellenfél várható teljesítménye, vagy a szituáció kedvezőtlen alakulása (pl. a saját csapat gyengesége, rossz pálya stb.). Néha irracionális szövevényűek az anticipációk, pl. korábbi balszerencsés versenyzés emlékei, az arra emlékeztető körülmények, gyakran mágikus, babonás elképzelések alapján (pl. hasonló jelzések, események).

Nem egyszerű az ilyen problémák feltárása, egyrészt azért, mert nehezen fogalmazódnak ezek meg úgy, mint pszichológiai segítség indikációi, másrészt viszont azért, mert a sportolók gyakran nem szokták meg élményeik szakba foglalását, és anticipációikról nehezen beszélnek. Mindkét akadály leküzdése nagyban függ az edzők és a sportvezetők együttműködésétől. Sokat tehet a sportorvos is, és általánosságban fontos a sportolók pszichológiai kulturáltsága. Ha az edzők és a szakvezetők hamar felismerik, hogy a szorongás gátolja a sportteljesítményt, sokat segíthetnek abban, hogy a sportolóban hamar megfogalmazódjon viselkedésének problematikus jellege. A segítség még többet jelent, ha szakemberhez is elviszik. A sportteljesítményt zavaró szorongáskészség önmagában nyilván nem minősül kórosnak a sportoló számára, ennél sokkal súlyosabban szorongó emberekkel találkozik mindennapi élete során, ezért gyakran ellenszegül vagy berzenkedik, hogy ezzel pszichológushoz menjen. Az edző és a sportvezető, továbbá a sportorvos javaslata, biztatása viszont egyszerűvé és természetessé teszi számára, hogy szakemberhez fordul. Az edző, a szakvezető és a sportorvos nagy segítséget nyújthat a szakember számára azzal, hogy közli vele a sportolóval kapcsolatos megfigyeléseit, pl. a szorongás jellegzetes alkalmairól, a kiváltó ingerekről, a szo-

rongás megnyilvánulásairól. Ezek fontos támpontok lehetnek a szorongás megértésében és a szorongáscsökkentő beavatkozások megtervezésében.

Az esetek többségében azonban a sportolók önmagukban is jó partnerek a pszichológiai munkához, és a pszichológiai kulturáltság körükben is örövendően terjed, ezért mind többen kérnek maguk is segítséget. A sportolók szorongásainak nagyobb része összefüggésben áll bizonyos típusproblémákkal a sportoló életében. A leggyakoribb ilyen problémák a következők:

1. Félelem a sérüléstől (különösen sorozatos korábbi sérülések, ismert testi gyengeségek mellett).
2. Szorongás szomatikus eredetű indiszpozíció miatt (betegség, lábadozó állapot).
3. Szorongás a felkészületlenség (viszonylagos felkészületlenség) tudata miatt.
4. Aránytalanul nagy tét keltette szorongások (ilyenek állnak elő, ha az egész sportkarrier alakulása függ bizonyos teljesítményektől, vagy ha konfliktusok, interperszonális feszültségek miatt különlegesen bizonyítani kell).
5. Speciális tekintélyszemélyek jelenléte okozta szorongások (szülők, tanárok, példaképnek tekintett sportnagyságok stb.).
6. Kedvezőtlen visszajelzések miatti szorongások (a „debilizáló” szorongás sajátos formái, amelyek a viszonylag nyugodtan megkezdett sportszereplés kezdeti sikertelenségeinek hatására, láncreakciószerűen fokozódnak).
7. Szorongás az önkontroll elvesztésének lehetősége miatt (különösen nagy agressziódinamikával élő sportolók fokozott agresszív feszültségi állapotában).
8. Szorongás a többiek miatt (amikor a sportteljesítménytől a sporttársak érdeke komolyan függ, pl. váltókban, csapatokban, nemzetközi csapatversenyeken stb.).

Nyilvánvalóan több más típusos, a sportteljesítménnyel közvetlen összefüggő szorongásfajta is létezik. Igazában nem ismerjük eléggé a szorongás szerepét és formáit, valamint pszichodinamikus hátterét a sportban, bármennyire is gyakori itt ez a jelenség. További kutatásokra lenne szükség. A vizsgálódásokban a sportolóval állandóan együtt lévő sportszakemberek megfigyeléseire nagy szükség volna. Érdemes lenne pszichológiai szakszemponokat adni edzőknek, sportvezetőknek hogy mire figyeljenek mit próbáljanak megérteni a sportolóban, és az így nyert adatok alapján lehetne jól leírni a sportban jelentkező szorongás fenomenológiáját és tipológiáját. Ezzel együtt pontosab-

ban körül lehetne írni a szakemberhez fordulás kritériumait is. Talán már a testnevelési főiskolai tanulmányok során hasznos lenne megtanítani ezeket az alapokat.

Hasznos és gyakorlatilag fontos ismeretek lennének nyújthatók a szorongás csökkentése szempontjából is. Sokat tehetnek ebben a sportolóval a versenyszituációban együtt lévők is az említettek, de mások is, pl. a gyúrók. A valóságban sokat is tesznek, és enyhébb szorongásokat gyakran könnyen meg is tudnak oldani. A szorongás keltette regresszív állapotban fontos a megbízható társ, aki bizonyos fokig szülői szerepben van. A közelség, a fokozott figyelem, az érzelmi odafordulást kifejező biztatás ilyenkor szorongáscsökkentő pszichológiai „gyógyszer”, amit különböző sportszakemberek más és más mértékben tudnak nyújtani. (Kicsit hasonlóan az orvos gyógyszer” szerepéhez amit pl. Bálint Mihály írt le 1961-ben magyarul is megjelent könyvében.) Vannak nagyon megnyugtató egyéniségek, és vannak edzők, sportvezetők akik akaratlanul is fokozzák a versenyző szorongását. Sajnos, a sportszakemberek viselkedésében jelenleg a teljes spontaneitás érvényesül, vannak ezenkívül káros divatok, amik fokozzák a sportolók szorongását. Divat pl. hogy az edző együtt őrjöng, kiabál, káromkodik a sportolóval, ez valami olyasmit fejez ki, hogy nagyon beleéli magát nagyon együttrezeget, nagyon a „lelkére veszi” az eseményt (ez nem is nehéz neki, hiszen az ő minősítése is sokban függ a sportoló teljesítményétől). Az edző és a szakvezető azonban speciális szerepben van a sportoló mellett, és épp úgy nem az ő dolga a sportoló izgalmának átvétele és rezonáltatása, mint ahogyan a sebésznek sem dolga a beteg fájdalmainak átérzése.

Sokat tesz a heveny szorongás csökkentésében az ilyen, szülői szerepben lévő sportfelettséssel való kommunikáció is. Itt nem arról van szó, amit gyakran mondanak, szinte sztereotip módon, hogy „el kell terelni a sportoló figyelmét” a versenyhelyzettől. Ezt nem is nagyon lehet. Az érzelmi együttérzést és a bizalmat kifejező szavak bátorítást jelentenek. A beszélgetés tónusa, meta-kommunikációja számít, erre vonatkozóan vannak megfigyelések, ezek leírják, hogy az edzők által mondottaknak a versenyhelyzetekben gyakran nincs is sok értelmük, nem tartalmaznak tanácsot, használható észrevételt, mégis, ez a „pep talk” képes megnyugtani a sportolót.

Nagy lehetőségek rejlenek a pszichológiailag megalapozott kommunikációban. Ha ebben érvényesül empátia, akkor az edző ennek segítségével pl. a verbalizációhoz segítheti a tudatfelszínen lévő anticipatív aggodalmakat, és ezzel emocionális feszültségvezetést (ventilációt, katarzist) segíthet. De mintegy „válaszolhat” is ezekre az aggodalmakra. Adhat specifikus utasításo-

kat, információkat. A szorongó állapotban a kognitív folyamatok általában beszűkültek, az anticipációknak tehát eléggé merev lefutásuk van. Ha ebbe az edző empátiás úton beleérez, a helyzet más összefüggéseire is rámutathat, és elérheti, hogy a sportoló más kognitív keretben is lássa aggodalmait. Ezzel gyakran gyorsan lehet csökkenteni a szorongást. Az egyik korai tanuláseméleti kísérlet mutatta ki, hogy ha sikerül a szorongást okozó szituáció fenyegető elemének kognitív átértelmezése, a szorongás csökken (Lazarus, Alfert 1964). A jó edző ezt gyakran automatikusan meg tudja tenni. Az edző-sportoló kapcsolatba még szinte pszichoterápiás mértékű és jellegű beavatkozások is beleférnek, pl. feszültségvezető tevékenységre vagy fantáziára biztató utasítások, szuggesztív behatások, paradox intenciós tanácsok stb.

Sajnos, e téren az edzők és a sportvezetők képzettsége nem kielégítő, és e téren a sportorvosok sem tudnak közvetlenül segíteni. Itt is nagy tere volna a továbbképzésnek, a spontán edzői viselkedés megfigyelésének és fejlesztésének, a jellegzetes helyzetek, események gyűjtésének és elemzésének stb.

A pszichológus számára a sportolók szorongásainak enyhítésére nagyon sok módszer kínálkozik. Az egyik módszer a szorongás mögött rejlő félig tudatos vagy tudattalan problémák feltárása és tudatosítása verbális pszichoterápiás foglalkozáson át. A személyiségben rejlő, huzamosabb szorongáskészség eseteiben, ez a fő megoldás, vagy legalábbis ezzel kell kezdeni a segítés folyamatát. A szorongással kapcsolatos élmények megbeszélésében feszültségvezetés érvényesül, a belátás belső problémamegoldó készséget kelt, és ezt a helyzet megismerése után még speciális viszonyulási módok, vagy akadályozó érzelmi tényezők átdolgozásával indirekt módon lehet erősíteni is. De a feltároló problémák számos direkt tanácsot is megengednek, pl. más szakemberek bekapcsolását (pl. szomatikus problémákba), a sportvezetők segítségül hívását stb. A megbeszélésben nemcsak úgy keletkezhet feszültségvezető hatás, hogy valamilyen pangó feszültség a verbalizációban kiürül, hanem úgy is, hogy az újra meg újra elmondott élmény a fantáziában történő újabb átélésen át veszít töltéséből. Ez a deszenzitizáció, a dekonkondicionálás mechanizmusa, ami önállóan is alkalmazható mint viselkedésterápiás módszer a szorongások csökkentésére (pl. Goldfried, Davison 1979 stb.). Ez különösen hatékonyan kapcsolható össze autogén tréninggel vagy imaginációs módszerekkel. A szakember rendelkezésére áll a paradox kommunikáció módszere (terápiás paradoxon), ami bonyolult, de nagy hatékonyságú lehetőség (Haley 1963). Nem érdemes a felhasználható sokféle módszert és elvet részletezni, ezeknek nyomán mindenesetre kidolgozható egyéni stratégia, ami elég nagy hatásfokkal és időgazdaságos módon alkalmazható (a módszerek-

ről és elvekről részletesebben: Buda 1981). A szorongás elleni komplex, előretekintő és felkészítő foglalkozás mint pszichológiai tréning sajátos módon és széles körben alkalmazott eljárás a szovjet sportpszichológiában (összefoglalóan: Rozsnyov 1981).

A szorongás befolyásolása és a szorongás feltárásán át végzett klinikai sportpszichológiai munka nagyon alkalmas arra, hogy a sportban alkalmazott klinikai pszichológiai megközelítés fontosságát demonstrálja. Ha a szakmai feltételek (a megfelelő felkészüléstől, edzettségtől az egyesületen vagy kereten belüli megfelelő pszichológiai légkörön át a sportolók érdekeltségi viszonyáig) adottak, a klinikai megközelítés alkalmas lehet arra hogy a sportteljesítményt fokozza, és ezáltal olyan eredményt érjen el, aminek értéke sokkal nagyobb, mint a szakszerű munkaráfordítás költsége. Bizonyos, hogy a klinikai sportpszichológia létjogosultságában aligha lehetne kételkedni, ha ez az összefüggés a sportszakemberek körében nyilvánvalóvá válna. A klinikai sportpszichológiát művelő szakmühelyekben, így pl. az OTSI Sportmentálhygiénés Osztályán a gyakorlatban már megvannak a hatékony beavatkozások példái, és így remélhető, hogy ez az összefüggés lassanként ismert lesz, és a szakszerű segítség iránti igény fokozódik.

Irodalom

- Allport GW: 1954, The Historical Background of Modern Social Psychology. In: G. Lindzey (ed.): Handbook of Social Psychology. Vol. 1. Theory and Method. Addison-Wesley, Cambridge, Mass.
- Allport GW: 1981, A személyiség alakulása. Gondolat, Budapest.
- Ammon G (Hrsg.): 1979, 1982, Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 12. Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Ammon G: 1980, Dynamische Psychiatrie. Kindler, München (enweit. Neuausgabe)
- Bach G: 1972, Streiten verbindet. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Bach GR, Molter H: 1979, Psychoboom. Wege und Abwege moderner Therapie. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Backman CW: 1983, Toward an Interdisciplinary Social Psychology. In: L. Berkowitz (ed.): Advances in Experimental Social Psychology. Vol. 16. Academic Press, New York.
- Banton M: 1965, Roles. An Introduction to the Study of Social Relations. Tavistock Publ. London.
- Bateson G: 1972, Steps to an Ecology of Mind. Ballantine Books, New York.
- Bálint M: 1961, Az orvos, a beteg és a betegség. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Bednar RL, Stava LJ: 1979, Process and Outcome in Encounter Groups. Small Group Behavior, 10, 2:200-213.
- Benedict R: 1955, Urformen der Kultur. Rowohlt, Hamburg.
- Berger MM (ed.): 1978 (sec. rev. ed.) Videotape Techniques in Psychiatric Training and Treatment. Brunner/Mazel, New York.
- Berkowitz L (ed.): 1978, Group Processes. Papers from Advances in Experimental Social Psychology. Academic Press, New York.
- Berkowitz L, Donnerstein E: 1982, External Validity is More Than Skin Deep: Some Answers to Criticism of Laboratory Experiment. American Psychologist, 37, 3:245-257.
- Berne E: 1963, The Structure and Dynamics of Organizations and Groups. Grove Press, New York.
- Berne E: 1964, Principles of Group Treatment. Oxford University Press, New York.
- Berne E: 1964, Games People Play. The Psychology of Interpersonal Relationships. Grove Press, New York.
- Bernstein L, Burriss BC (eds.): 1969, The Contribution of Social Sciences to Psychotherapy. Thomas, Springfield, Ill.
- Blumer M (ed.): 1982, Social Research Ethics. An Examination of the Merits of Covert Participant Observation. Macmillan, London.
- Bowlby J: 1951, Maternal Care and Mental Health. World Health Organization, Geneva
- Bradford LP, Gibb JR, Benne KD (eds.): 1964, T-Group Theory and Laboratory Method. Innovation in Re-education. Wiley, New York.
- Brenner M (ed.): 1980, The Structure of Action. Basil Blackwell, London-Oxford.
- Buda B: 1972, A pszichiátriai szociológia. Problématerületek, dilemmák, fejlődési perspektívák az amerikai kutatások tükrében. Szociológia, 1, 3:355-82.
- Buda B: 1974, 1979, 1982, Kommunikációelméleti szöveggyűjtemény, I. Általános kommunikációelmélet., Tankönyvkiadó (ELTE jegyzet), Budapest.

- Buda B: 1974, 1979 (bőv. kiadás), 1988 (bőv. és átdolg. kiadás), A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei: MRT Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest.
- Buda B.: 1978, 1980, 1985 (3. átdolg. bőv. kiadás) Az empátia – A beleélés lélektana. Gondolat, Budapest.
- Buda B: 1979, A sportmentálhygiéné koncepciója. *Valóság*, 22, 4:41-54.
- Buda B (szerk.): 1981, *Pszichoterápia*. Gondolat, Budapest.
- Buda Béla: 1981, A vezetés pszichológiája – avagy a pszichológiai vezetés. *Ergonómia*, 14, 2:83-87.
- Buda B: 1982, Nyelv és kommunikáció az úgynevezett stanfordi iskola felfogásában. In: Telegdy Zs, Szépe Gy (szerk.): *Általános nyelvészeti tanulmányok. XIV. Újabb nyelvészeti témák*. Akadémiai Kiadó, Budapest 1727.
- Buda B: 1983, A kísérlet „szimbolikája”. *Pszichológia*, 3.
- Buda B: 1986, A személyiségfejlődés és nevelés szociálpszichológiája. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Buda B, László J: 1981, *Beszéd a szavak mögött*. Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest.
- Budman SH, Clifford M, Bader L, Bader B: 1981, Experimental Pre-Group Preparation and Screening Group. *J Eastem Group Psychotherapeutic Society*, 5, 1:19-26.
- Bungard W. (Hrsg.): 1980, *Die „gute” Versuchsperson denkt nicht. Artefakte in der Sozialpsychologie*. Urban and Schwarzenberg, München–Wien–Baltimore.
- Burton A. (ed.): 1969, *Encounter: The Theory and Practice of Encounter Groups*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Carson SA, Carson OJ (eds.): 1980, *Ethology and Non-verbal Communication in Mental Health*. Pergamon Press, New York.
- Cochrane R: 1973, *Advances in Social Research*. Constable, London.
- Cooper GL (ed.): 1975, *Theories of Group Processes*. Wiley, New York.
- Csepeli Gy. (szerk.): 1981, *A kísérletes társadalomlélektan főárama*. Gondolat, Budapest.
- Danet BN: 1968, Self-Confrontation in Psychotherapy Reviewed. Videotape Playback as a Clinical and Research Tool. *Am J Psychotherapy*. 22, 2:245-257.
- Dittrich A, Scharfetter C (Hrsg.): 1987, *Ethnopsychotherapie. Psychotherapie mittels aussergewöhnlicher Bewusstseinszustände in westlichen und indigenen Kulturen*. Ferdinand Enke, Stuttgart.
- Dollard J, Miller NE: 1950. *Personality and Psychotherapy. An Analysis in Terms of Learning, Thinking and Culture*. McGraw-Hill, New York.
- Douglas JD (ed.): 1970, *Understanding Everyday Life. Toward the Reconstruction of Sociological Knowledge*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Eisenberg L: 1984, Prevention: Myth and Reality. *J Roy Soc Med*, 77, 4:268-280.
- Fenichel O: 1946, *The Psychoanalytic Theory of Neuroses*. Norton, New York.
- Fiedler K, Forgas J (eds.): 1988, *Affect, Cognition and Social Behavior. New Evidence and Integrative Attempts*. Hogrefe, Toronto–Göttingen–Zürich.
- Freud S: 1955, *Gesammelte Werke, chronologisch geordnet. Imago*, London. (Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als Angstneurose abzutrennen [1895] 1, 313-342; Studien über die Hysterie, mit J. Breuer, [1896] 1, 57-312; Hemmung, Symptom, Angst [1926], 14, 111-206.
- Füredi J, Buda B (szerk.): *A család szociálpszichiátriája*. Medicina, Budapest.
- Gadamer H (Hrsg.): 1967-1972, *Neue Anthropologie*. Bd. 1-6. Thieme, Stuttgart.
- Garfinkel H: 1967, *Studies in Ethnomethodology*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Garfield SL, Bergin AE (eds.): 1985, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. An Empirical Analysis*. (3. ed.), Wiley, New York.

- Gendlin ET: 1978 (sec. ed.), *Focusing*. Bantam Books, Toronto, New York.
- Gergen KJ: 1973, *Social Psychology as History*. *J Person and Social Psychol*, 26, 309-320.
- Gergen KJ: 1978, *Experimentation in Social Psychology: a Reappraisal*. *Eur J Social Psychol* 8, 507-527.
- Gergen KJ: 1982, *Toward Transformation in Social Knowledge*. Springer, New York.
- Gibbard GB, Hartman JJ, Mann RD (eds.): 1974, *Analysis of Groups. Contribution to Theory, Research and Practice*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Glass GV, McGraw B, Smith ML: 1981, *Meta-analysis in Social Research*. Sage, Beverly Hills, Calif.
- Goffman E: 1981, *A hétköznapi élet szociálpszichológiája*. Gondolat, Budapest.
- Goldfried MR, Davison GC: 1979, *Klinische Verhaltenstherapie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York.
- Goode JW, Hatt PK: 1952, *Methods in Social Research*. McGraw-Hill, New York.
- Greenwood JD: 1983, *Role-playing as an experimental strates in social psychology*. *Eur J Social Psychol* 13, 235-254.
- Gross N, Mason WS, McEachern AW: 1958, *Explorations in Role Analysis. Studies in the School Superintendency Role*. Wiley, New York.
- Haley J: 1963, *Strategies of Psychotherapy*. Grune and Stratton, New York.
- Haley J (ed.): 1971, *Changing Families. A Family Therapy Reader*. Aldine, Chicago.
- Hall CS: 1958, *A Primer of Freudian Psychology*. Methuen, London.
- Hall CS, Lindzey G: 1954, *Psychoanalytic Theory and Its Applications in the Social Sciences*. In: G. Lindzey (ed.): 1954, *Handbook of Social Psychology*. Addison-Wesley, Cambridge, Mass.
- Hampden-Turner C: 1970, *Radical Man*. Schnekman Publ. Co. Chicago.
- Hans K: 1975, *Growth Encounter. A Guide for Groups*. Nelson-Hall, Chicago.
- Harré R (ed.): 1976, *Life Sentences. Aspects of the Social Role of Language*. Wiley, New York.
- Heelas P, Lock A (ed.): 1981, *Indigenous Psychologies. The Anthropology of Self*. Academic Press, London–New York.
- Helm J: 1979, *Gesprächspsychotherapie. Forschung – Praxis – Ausbildung*. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin.
- Hernádi M (szerk.): 1984, *A fenomenológia a társadalomtudományban. Válogatás*. Gondolat, Budapest.
- Hidas Gy: 1984, *A csoportpszichoterápia elméleti és gyakorlati kérdései*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Hilgard ER: 1962, *Introduction to Psychology*. (3. ed.) Harcourt, Brace and World, New York.
- Hoebel AE: 1959, *Man in the Primitive World. An Introduction to Anthropology*. McGraw-Hill, New York.
- Homans G: 1950, *The Human Group*. Harcourt Brace, New York.
- Horn K (Hrsg.): 1971, *Gruppendynamik und der „subjektive Faktor“*. Repressive Entsublimierung oder politisierende Praxis. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Horney K: 1938, *Neurosis and Human Growth*. Norton, New York.
- Höck K: 1976, *Gruppenpsychotherapie*. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin.
- Höck K, Ott J, Vorwerg M. (Hrsg.): 1981-82, *Psychotherapie und Grenzgebiete*, Bd. 13. Johann Ambrosius Barth, Leipzig.
- Höck K, Ott J, Vorwerg M (Hrsg.): 1981, *Theoretische Probleme der Gruppenpsychotherapie*. Johann Ambrosius Barth, Leipzig.

- Hyman HH, Singer E (eds.): 1968, Readings in Reference G. Theory and Research. Free Press, New York.
- Jourard SM: 1971, The Transparent Self. (2. rev. ed.) Van Nostrand Reinhold, New York.
- Kahn RL et al.: 1964, Organizational Stress. Studies in Role Conflict and Ambiguity. Wiley, New York.
- Kardiner A: 1953, La personnalité de base. La psychodynamique de l'organisation sociale primitive. Presses Universitaires de France, Paris. (The Individual and Its Society. The Psychodynamics of Primitive Social Organisation, 1939, Columbia Univ. Press, New York)
- Kelly GA: 1955, The Psychology of Personal Constructs. Vol. 12. Norton, New York.
- Koch S (ed.): 1959, Psychology. A Study of a Science. Vol. 3. Formulations of the Person and the Social Context. McGraw-Hill, New York.
- Kroeber AL, Kluckhohn C: 1952, Culture. A Critical Review of Concepts and Definitions. Knopf, New York.
- Kuhn T: 1982, A tudományos forradalmak szerkezete. Gondolat, Budapest.
- Lazarus RS, Alfert E: 1964, Short circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. J Abnormal Social Psychol, 69, 195-205.
- Lawrence, WG (ed.): 1979, Exploring Individual and Organizational Boundaries. A Tavistock Open Systems Approach. Wiley, Chichester – New York.
- Lawton D: 1974, Társadalmi osztály, nyelv és oktatás. Gondolat, Budapest.
- Lerner SP: 1978, Video-Feedback in der Psychotherapie. Eine Literaturübersicht. Gruppendynamik. Forschung und Praxis, 9, 183-195.
- Lewin K: 1970, Csopordinamika. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest.
- Lieberman MA, Yalom ID, Miles MB: 1973, Encounter Groups: First Facts. Basic Books, New York.
- Madge J: 1953, Tools of the Social Science. Longmans, Green and Co. London.
- Maslow AH: 1962, Toward a Psychology of Being. Van Nostrand, Toronto, New York.
- Merton RK: 1957, The Role-Set: Problems in Sociological Theory. Brit J Sociology, 8, 106-120.
- Merton RK: 1981, Társadalomelmélet és társadalmi struktúra. Gondolat, Budapest.
- Mérei F: 1971, Közösségek rejtett hálózata. A szociometriai értelmezés. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest.
- Mérei F: 1989, Társ és csoport. Tanulmányok a genetikus szociálpszichológia köréből. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Miles MB: 1960, Human Relations Training. Processes and Outcomes. J Couns Psychology, 7, 4:301-306.
- Miller GA, Galanter E, Pribram KH: 1960, Plans and Structures of Behavior. Holt, New York.
- Mills C, Hogan R: 1978, A role theoretical interpretation of personality scale item responses. J Personality, 46, 4:778-785.
- Moeller ML: 1978, Selbsthilfegruppen. Rohwolt, Reinbek bei Hamburg.
- Moreno JL: 1954 (sec. ed.), Who Shall Survive? Beacon House, New York.
- Moreno JL (ed.): 1960, The Sociometry Reader. Beacon House, New York.
- Moreno JL: 1960, Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Thieme, Stuttgart.ory and Personality Dynamics. Ronald, New York.
- Mowrer OH: 1950, Learning The
- Nadig M: 1986, Die verborgene Kultur der Frau. Ethnopschoanalytische Gespräche mit Bauerinnen in Mexico. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.

- Nagel H, Seilert M (Hrsg.): 1979, Inflation der Therapieformen. Gruppen- und Einzeltherapien in der sozialpädagogischen und klinischen Praxis. Sinn und Unsinn der Psycho-Industrie. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Nemiah JC: 1975, Anxiety Neurosis. In: AM Freedman, HI Kaplan, BJ Sadock (eds.): Comprehensive Textbook of Psychiatry II. (sec. ed.), Williams and Wilkins, Baltimore, 1, 1198-1208.
- Niederberger JM: 1984, Organisationssoziologie der Schule. Motivation, Verwaltung, Differenzierung. F. Enke Stuttgart.
- Nolte H: 1970, Psychoanalyse und Soziologie. Die Systemtheorien Sigmund Freuds und Talcott Parsons. H. Huber, Bern, Stuttgart, Wien.
- Pagés M: 1970, L'orientation nondirective en psychothérapie et en psychologie-sociale. (2. éd.) Dunod, Paris.
- Parsons T: 1964, Social Structure and Personality. The Free Press, New York.
- Parsons T, Bales RF: 1955, Family, Socialization and Interaction Process. The Free Press of Glencoe. Glencoe, Ill.
- Pataki F: 1976, Utak és válaszutak a szociálpszichológiában. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pataki F. (szerk.): 1980, Csoporthélektan (második kiadás). Gondolat, Budapest.
- Pataki F: 1982, Az én és a társadalmi azonosságtudat. Kossuth, Budapest.
- Poyates F (ed.): 1988, Cross-Cultural Perspectives in Nonverbal Communication. Hogrefe, Toronto, Lewiston, Göttingen, Zürich.
- Radcliffe-Brown AR: 1963, Structure and Function in Primitive Society. Cohen-West, London.
- Rapaport D: 1960, The Structure of Psychoanalytic Theory. A Systematizing Attempt. Int. Univ. Press, New York.
- Rodolfo RR, Hungerford L: 1982, Self-Help Groups: A Referral Resource for Professional Therapists. Professional Psychology, 13, 3:345-353.
- Rogers CR: 1967, The Process of the Basic Encounter Groups. In: JFT Bugenthal (ed.): Challenges of Humanistic Psychology, 1967, McGraw-Hill, New York, 261-276.
- Rosenbaum M, Snadowsky A (eds.): 1976, The Intensive Group Experience. The Free Press, New York.
- Roethlisberger F, Dickson WJ: 1939, Management and the Worker. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Rose AM (ed.): 1962, Human Behavior and Social Processes. An Interactionist Approach. Routledge and Kegan Paul, London.
- Rottert JB, Hochrein DJ: 1979, Persönlichkeit, Theorien, Messung, Forschung. Springer, Berlin-Heidelberg-New York.
- Rozsnyov AV: 1981, Rukovodstvo po pszichoterapii. Medicina, Moszkva.
- Rudas J. (szerk.): 1984, Önismereti csoportok. Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest.
- Ruesch J, Bateson G: 1951, Communication: The Cultural Matrix of Psychiatry. Norton, New York.
- Rutter M: 1972, Maternal Deprivation Re-assessed. Penguin, Harmondsworth, Middlesex.
- Sbandi P: 1970, Feedback in Sensitivity Training. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 4, 1:17-52.
- Selvini Palazzoli M et al.: 1975, Paradosso e contrapadosso. Feltrinelli, Milano.
- Schachter S, Singer JE: 1962, Cognitive, social and psychological determinants of emotional state. Psychological Review. 69, 379-399.
- Shibutani T: 1961, Society and Personality. An Interactionist Approach to Social Psychology. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J.

- Shostak AB, Gomberg W (eds.): 1964, Blue-Collar World. Studies of the American Worker. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Siegmán AW, Pope B (eds.): 1972, Studies in Dyadic Communication. Pergamon Press, New York.
- Smith ML, Glass GV: 1977, Meta-analysis in psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 9:752-760.
- Spielberger CD: 1966, *Anxiety and Behavior*. Academic Press, New York.
- Sollie DL, Scott JP: 1983, Teaching Communication Skills. A Comparison of Videotape Feedback Methods. *Family Relations*, 32, 503-511.
- Solomon LN, Berzon B (eds.): 1972, *New Perspectives on Encounter Groups*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Stierlin H: 1975, *Von der Psychoanalyse zur Familientherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Stierlin H: 1978, *Delegation und Familie, Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Stoller FH: 1972, *Time-Extended Intensive Groups*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Tedeschi JT (ed.): 1981, *Impression Management Theory and Social Psychological Research*. Academic Press, New York.
- Váriné Szilágyi I: 1982, A szociálpszichológia megújulásának etogenikus programja. *Magyar Pszichol Szle*, 38, 1, 65-81.
- Welz S (ed.): 1974, *Nonverbal Communication: Readings with Commentary*. Oxford Univ. Press, New York.
- Willi J: 1975, *Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen, Störungsmuster, Klärungsprozesse, Lösungsmodelle*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Zeig JK (ed.): 1982, *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*. Brunner/Mazel, New York.
- Zeig JK, Lankton SR (eds.): 1988, *Developing Ericksonian Therapy. State of the Art*. Brunner/Mazel, New York.
- Yalom ID: 1970, *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books, New York.