Az andreutika mentálpedagógiai alkalmazása

oktatási segédanyag
az OPNI andreutikai tanfolyamához

Sajtó alá rendezte és szerkesztette:
Fekete György
mentálpedagógus

Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet
Budapest,
1995

Az andrenálka mentálpedagógiai alkalmazása

oktatási segédanyag az OPNI andrenálkai tanfolyamához

- Vizkelet gyakorlat -

Szerzők és rendezők és szerkesztők
Fekete György
mentálpedagógus

Szerzők
- Dr. Veér Pál - Fekete György -
- Fekete János - Dr. Kalmár Gábor -
Porubiczky Veronika - Dr. Vekhet Zsuzsanna

A borítóról írta:
Dr. Veér András

Lektorálta:
Dr. Karpáthy Ivánné

OPNI
1993
Az OPNI Szolgáltató Szervezet [illegible] szám alatt [illegible]

Nyomtatás, borítógyártás: [illegible]

Az andreutika mentálpedagógiai alkalmazása

(oktatási segédanyag az OPNI andreutikai tanfolyamához)

– kézirat gyanánt –

Sajtó alá rendezte és szerkesztette:
Fekete György
mentálpedagógus

Szerzők:
• Dr. Avar Pál • Fekete György •
• Fekete János • Dr. Kelemen Gábor •
•Polesinszky Veronika • Dr. Valkai Zsuzsanna •

A bevezetőt írta:
Dr. Veér András

Lektorálta:
Dr. Kappéter István

OPNI
1995

Második, javított kiadás

Tartalomjegyzék

(tematikus csoportosításban)

Tételes tartalomjegyzék

(a közölt tanulmányok sorrendjében)

In memoriam Avar Pál
(1924-1993)

Kiadta az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI), az Országos Egészségbiztosítási Önkormányzat támogatásával.
Készült ezer példányban.

Felelős kiadó:
Dr. Veér András főigazgató

Készült a Megaceros Kiadó gondozásában.
Felelős vezető: **Sági Margit**
Nyomdai munkálatok:
Marina Press Nyomdaipari Kft.
Felelős vezető: **Kruzslicz Lajos**

I. FEJEZET

AJÁNLÁS az OPNI I. andreuta-, illetve koandreuta-képző tanfolyamához

Az Egészségbiztosítási Önkormányzat Kockázatkezelő Kuratóriumának pályázati támogatásával nyílt módja az Intézetnek, hogy ezt az újszerű, a felnőtt-pedagógia egy sajátos módszerét megismertető és begyakoroltató *andreutikai képzést* beindítsa – a gyógyító-megelőző ellátásban, illetve a gondozásban munkálkodó különféle szakemberek (orvosok, pszichológusok, pedagógusok, lelkészek, szociális munkások, szakgondozók és szakápolók stb., valamint az önsegítő – self help – közösségek tapasztalt vezetői) számára. Első menetben természetesen főleg az Intézet munkatársainak biztosítottuk a részvétel lehetőségét.

Következésképpen mindenekelőtt az OPNI I. andreutikai tanfolyamára beosztottjaikat delegáló szakmai vezetők, valamint a tanfolyamhallgatók figyelmét szeretném ráirányítani a téma (a módszer!) lényegére és jelentőségére, fölvillantva alkalmazásának tág lehetőségeit és perspektíváját.

Ajánlásom a következő kérdések tömör megválaszolására szorítkozik, mintegy bevezetéseként az andreutikai tanfolyam oktatási segédanyagának, amelyet a két esztendeje elhunyt dr. Avar Pál szellemi örökségét ápoló és tovább fejlesztő intézeti mentálpedagógusunk szerkesztett s rendezett sajtó alá.

I/1. Tulajdonképpen mit fed az „andreutika" műszó?

I/2. Mit nyer a pszichiátria ennek alkalmazásával?

I/3. Hogyan illeszthető (adjuváns módszerként) a holisztikus, humanista pszichiátria gyakorlatába?

I/4. Milyen andreutikai támogatás nyújtható az önsegítő-öngyógyító közösségeknek?

I/5. Az andreutikai módszerek mentálhigiénés alkalmazásának mik a lehetőségei?

I/6. Perspektívája; miért lát benne fantáziát az Egészségbiztosítási Önkormányzat?

Ad 1.

Miként ez a témát földolgozó előadásokból és az oktatási segédanyagból egyaránt kitűnik, a görög „ember"-fogalomból kialakított műszó olyan tevékenységet takar, amely az emberrel, méghozzá a *felnőtt emberrel* foglalkozik. Abból a felismerésből indul ki, hogy ez a „felnőttség" meglehetősen összetett, dinamikus állapot, amelynek elérése, megélése korántsem csak az évek múlásától függ. Lehet valaki bizonyos szempontból felnőtt, más tekintetben ugyanakkor erősen visszamaradott infantilis személyiség. Az andreutika tehát éppen a személyiség harmonikus érettségéhez kívánja az egyént hozzásegíteni, a valamilyen okból leblokkolt, alacsonyabb szinten rögzült vagy éppen labilis személyiség-összetevők célzott utóérlelésével.

Engedtessék meg, hogy előrevetítsem ennek néhány fő irányát, azokat a legjellemzőbb fogyatékosságainkat, amelyeknek kiküszöbölése és tapasztalati úton való meghaladása mondhatni nélkülözhetetlen korunk embere és hazánk lakói számára. Köztudott, hogy komoly gond van alkalmazkodó készségünkkel, önértékelésünkkel (erényeinket és hibáinkat, egyéni és közösségi múltunkat illetően), önbizalmunk realitásával, kudarctűrő képességünkkel, értékválasztásainkkal, s nem utolsósorban indulataink szabályozásával. Ezekben és sok más ugyancsak fontos tulajdonságunk zavaraiban igencsak nagy szükségünk van valamilyen külső megerősítésre, jobban mondva, valami olyan módszeres segítségre, amely révén önszabályozó lelki mechanizmusaink egészségesebben tudnának működni, s nem csúsznának el olyan sokan a pótcselekvések, a katasztrófához vezető látszatmegoldások zsákutcái irányában.

Az erre irányuló beavatkozás mindenképp szélesebb spektrumú, mint a már betegséggel küszködők gyógyítása, de a különféle pszichoterápiák lehetőségeit is meghaladja, mindenekelőtt volumenében. Itt semmi más nem segít, csak ha a felnőttpedagógia (az andragógia) is bekapcsolódik a megkerülhetetlen személyiségfejlesztő és -korrekciós programba.

A társadalmi igényként fölvázolt andreutikát – noha számos lelki funkció tökéletesítésére kell irányulnia – több okból sem volna célszerű „pszicho-

pedagógiának" nevezni. Részben azért nem, mert ez a metodológiai rendszer már „foglalt" a fogyatékosok (s különösen a fogyatékos gyermekek) lélekkorrekciós nevelésére, de azért sem, mert sokkal inkább szólítja meg a személyiséget a logos-on, a mens-en, vagyis az értelmen keresztül, mintsem közvetlenül próbálna a psziché-re, az animá-ra, a lélekre hatni. Ezért aztán, ahogy telitalálat volt az andreutika fogalma a pszichiáter-orvosíró Avar Pál részéről, ugyanilyen találó definíció az alkalmazott metodikákra, amit tanítványa, Fekete György munkált ki – a *mentálpedagógia* meghatározás.

A mentálpedagógiai segítő módszerek – noha hangsúlyozottan direktív jellegűek –, mint minden igazi, hatásos pedagógia, mégiscsak involválnak indirekt reakciókat, sőt talán éppen ez a lényegük.

Minden orvos és egészségügyi dolgozó nap mint nap alkalmaz – mintegy ösztönösen – bizonyos mentálpedagógiai effektusokat. A személyes példa, az elvárások megfogalmazásának és a pozitív vagy negatív visszajelzéseknek, tükrözéseknek a szerepe, mondhatni közismert. Ami újat találhatunk az andreutikában, az éppen ezeknek a tapasztalatoknak a rendszerbe foglalása, és személyre szóló tudatos alkalmazása. Az elsajátítható mentálpedagógiai technikák a felnőttekkel foglalkozó különféle szakemberek ez irányú ösztönös tevékenységét emelik magasabb szintre. Az andreutikának, mint stúdiumnak az oktatása ezért merül föl egyre-másra a különféle főiskolákon és egyetemeken, az első lépésben posztgraduális keretek között.

Ad 2.

Miután ez az oktatási segédanyag mindenekelőtt a pszichiátria országos intézetében, az OPNI-ban kerül felhasználásra, itt az Ajánlásban is mielőbb meg kell indokolnunk ezt. Más szóval: Mit nyer a pszichiátria az andreutika, illetve mentálpedagógia adjuváns metodikáinak alkalmazásával?

Ma már kevésbé vitatott, hogy a pszichiátria sajátos része az orvostudománynak. Ha egy képzeletbeli egyenesre rárajzoljuk a különféle betegségeket, s ennek az egyenesnek az egyik végpontja a biológiai okok dominanciájánál helyezkedik el, a másikat pedig a szociális kórokok jellemzik döntő mértékben, megfigyelhetjük, hogy minél közelebb kerülünk ez utóbbi végponthoz, a pszichológiai összetevők annál jelentősebb szerepet játszanak. (A pszichoszomatikus megbetegedések minden bizonnyal valahol a középtájon találhatók e képzeletbeli vonalon, a szenvedélybetegségek pedig ezektől jobbra.)

Természetesen az egészségügyi beavatkozás, a terápia módszerei is adekvátan próbálnak igazodni az emberi lét különféle „mezőiben" bekövetkező

testi-lelki egyensúlyvesztéshez: ez határozza meg a gyógyszeres, illetve a pszichoterápiás kezelések személyre szóló kombinatív arányát, valamint a szocioterápia fokozódó súlyát az egyenesünk mentén.

Sorba lehetne azonban rendezni a betegségeket, kóros állapotokat aszerint is, hogy azok gyógyulásában a beteg ember értelmi belátásának mennyire jelentős szerep jut. A „betegségbelátás" mint reális helyzetfelismerés már a gyógyszerek előírt szedését is jócskán befolyásolja – nem beszélve az előírt diéta betartásától –, de a beteg értelmével való reális kommunikáció mind komolyabb tényezőnek számít, ahogy a sorban eljutunk a nem fertőző, legfeljebb csak másodlagosan fiziológiai jellegű betegségekhez. Különösen azokban, amelyek javulásában vagy rosszabbodásában már igencsak közrehat mindaz, ami a családban, a beteg környezetében történik.

Az andreutika – „a felnőttek valódi felnőttekké nevelése" – itt jelentkezik olyan társtudományként és társmetodikaként, amely a pszichiátria hatékonyabb működését szolgálja, csökkentve annak „forgóajtós" jellegét.

Ha a pszichiátriai team kibővül a mentálpedagógusokkal, s ha a feltétlenül szükséges pszichiátriai ismeretekkel felvértezett andreuták a maguk mentálpedagógiai szemléletével „viszont fertőzhetik" a gyógyító-gondozó team többi tagját, mindenütt pontosan körülhatárolható lesz kompetenciájuk s hogy mi várható tőlük – a betegek lelki-szellemi egyensúlyának tartós helyreállítása érdekében.

Ad 3.

Elvileg tehát megfogalmaztam a mentálpedagógia helyét a pszichiátriában. A kérdés ennek nyomán csak az lehet, hogy miként valósítsuk, szervezzük ezt meg az OPNI-ban, amely fölhatalmazásánál és szakmai felkészültségénél fogva modellintézménye a magyar elmegyógyászatnak.

Kiindulópontunk csak az lehet, hogy az andreutika a pszichiátriában adjuváns terápia, következésképp az orvosi (pszichiátriai) diagnózis függvényeként jöhet számításba – a klinikumban. Gyakorlatilag ez azt jelenti, hogy az osztályvezető főorvosok (és az általuk vezetett gyógyító team) indikálják ennek alkalmazhatóságát az egyes betegeknél, s az andreuták a rájuk bízott betegekről ugyanúgy dekurzust kell, hogy vezessenek, mint a team többi tagjai, hogy tevékenységük megfelelően kontrollálható legyen.

Az Intézet osztályain egyaránt elképzelhető egyéni mentálpedagógiai foglalkozás az erre kijelölt betegekkel, és mentálpedagógiai csoportmunka. Ennek is, annak is alapfeltétele, hogy az adott osztályon legyen megfelelően kiképzett andreuta, illetve koandreuta.

Miként már az OPNI első andreutikai tanfolyamának összetétele bizonyítja, meglehetősen széles a skálája azoknak az egészségügyben dolgozó szakembereknek, akik ezt a mentálpedagógiai képzettséget elsajátíthatják s alkalmazható metodikáit nemcsak gyakorolhatják, de tapasztalataikkal maguk is gazdagíthatják. Az egyetemi-főiskolai végzettségű egészségügyi „terepmunkások" (orvosok, pszichológusok, pedagógusok, lelkészek, szociális szervezők és szociális munkások, továbbá akik egészségügyi főiskolai végzettséggel rendelkeznek) itt megalapozhatják andreuta identitásukat (is), a szakápolók, középszintű képzettséggel bíró családgondozók, önsegítőcsoport-vezetők stb. – a tanfolyam eredményes elvégzése után – pedig koandreutaként gyakorolhatják itt szerzett mentálpedagógiai ismereteiket, korábbi szakmai munkájuk mellett.

Amennyiben az egyetemi és főiskolai oktatásba széles körben fölveszik az andreutika oktatását, ez természetesen új helyzetet fog teremteni (a posztgraduális andreutikai képzés dominanciáját fölváltja a graduális képzésé); a továbbképzés jelentőségén azonban ez az előbb-utóbb bekövetkező konstelláció-módosulás sem változtat majd.

Az osztályokon folyó mentálpedagógiai beavatkozások szakmai szupervízióját az Intézet andreutikai rendelésének vezető mentálpedagógusa, illetve munkatársai biztosítják.

A mentálpedagógiai rendelés egyúttal a rehabilitációt, a visszaesések megelőzését is szolgálja, s az emittált – e foglalkozásra javasolt, ezt igénylő –, már otthonukba visszatért, viszonylag stabil betegek andreutikai gondozására vállalkozik. Ennek lehet egyéni foglalkozás és mentálpedagógiai mikrocsoport formája. (Ez utóbbi már a közösségi önsegítés eszköztárát is alkalmazza.)

Ad 4.

Közismert, hogy a közösségi önsegítő csoportok (mozgalmak) gyógyeredményeivel – a különféle addikciók kezelésében – semmilyen intézményes módszer nem vetekedhet. Az Alcoholics Anonymoust noha eredetileg a szabadulásukra szövetkező alkoholisták hozták létre annakidején Amerikában, ma már az nemcsak volumenében hálózza be a világot, de spektruma is alaposan kiszélesedett. Az alkoholisták hozzátartozóin és gyerekein kívül speciális önsegítő csoportokat szerveztek a kórosan evők (bulimiások), a játékszenvedélyek rabjai, a szexmániások, vagy éppen a munka megszállottjai (work aholics) is. Az orvosok számára sokáig érthetetlennek tűnt ezeknek a szolidáris közösségeknek a tartós gyógyhatása, mígnem a szo-

ciálpszichológusok jutottak a legközelebb e „csoda" megfejtéséhez. Az A.A. „tizenkét lépcsője" voltaképpen a közösség tükrében közelíti a realitáshoz a résztvevő, szabadulást kereső szenvedélybetegek önismeretét, s egymás példáján – mindenféle én-idegen prédikációk nélkül – tanulhatják meg életük újjárendezésének folyamatát. (Nyilvánvaló, hogy az ilyen önsegítő csoportok jelentősebb sikereihez a természetes kiválasztódás is hozzájárul: az tapad meg bennük, akinek a mondanivalójuk és módszereik iránt van affinitása.)

Külön kiemelem azokat az önsegítő közösségeket, amelyek valamilyen Isten-hit alapján működnek. Így nemcsak külső kapaszkodót találnak a transzcendens világban, de a rátalálás (egymásra találás) öröme – adott esetben: az evangélium örömhíre! – jóval nagyobb és értékesebb kielégülést nyújt, mint a korábban gyakorolt addikciós mechanizmusok, drogként fogyasztott kémiai szerek. Márpedig nem elég mindezeket a pótszereket elvenni valakitől (aminél többet az egészségügyi intézmények jórészében nem vagyunk képesek tenni), valami többel és jobbal kell ezeket helyettesíteni. Csak ez biztosíthatja a tartós, szilárd remissziót.

Ha végiggondoljuk mindazt, ami ezekben az önsegítő (self-help) közösségekben zajlik, hamarosan arra a következtetésre juthatunk, hogy ezek aztán igazán ideális terepet nyújtanak az andreutika alkalmazására! Nem úgy, hogy az ajtót kívülről rájuk nyitó andreuták valamiképp megváltoztatnák mindazt, ami e csoportokban, szinte automatikusan végbemegy. Ellenkezőleg: rátermett és tapasztalt informális vezetőik számára volna célszerű bizonyos andreutikai ismeretekhez jutni, és ezek birtokában korábbi munkájukat még tudatosabban, még eredményesebben végezhetnék.

Ad 5.

OPNI tanfolyamról lévén szó, mind ez ideig arra próbáltam felhívni a figyelmet, hogy az andreutika miképp hasznosulhat a gyógyításban és a rehabilitációban, a másodlagos és harmadlagos megelőzésben. Nem szabad megfeledkeznünk azonban itt sem a mentálpedagógia legszélesebb és leginkább „testre szabott" alkalmazási területéről, a mentálhigiénéről.

„Az élet – életveszélyes" – szokták mondani, joggal. A természet gigantikus erőihez viszonyítva úgyan miféle „természetátalakító" az Ember? Mintha egy sajkával próbálnánk átkelni a viharos óceánon. Még csak fölmérni sem tudjuk azt a sokmilliónyi tényezőt, amelynek játékszere vagyunk kiszolgáltatottságunkban, és a történelem meg a társadalom erővonalai is, úgyszólván akaratunktól függetlenül emelnek föl, vagy gyűrnek maguk alá. Még a főnökeinket sem magunk választjuk meg!

Nem érvelek tovább parányi mivoltunk bizonygatására. Így igaz: a külső stresszek megszüntetésére vajmi kevés lehetőséggel birunk. Legfeljebb elvárásokat fogalmazhatunk meg politikusainkkal, kormányainkkal szemben, aminek vagy lesz foganatja, vagy se. Maximum arra törekedhetünk, hogy korlátozzák ésszerű mértékre az alkoholos italok és dohányáruk kínálatát, reklámozását. Hogy kevesebb agressziót, önkábítást sugalljon a tévé, a rádió, a tömegkommunikáció. És vágyakozhatunk valamiféle társadalmi biztonságra, a holnapok kiszámíthatóságára, a közösségi értékek többre becsülésére, a szeretet és a szolidaritás tömeges megnyilvánulásaira. Mindezt kötelességünk megtenni, bármilyen kicsi is az esély megvalósulásukra.

Mi az, amit mégis meg lehet tenni nap nap után?

- Összeszedni magunkat, hogy birjuk a gyűrődést.
- Tanulni a kudarcokból.
- Tisztába jönni azzal, hogy min tudunk változtatni, és mi az, amihez alkalmazkodnunk kell.
- Tudni, hogy mire vagyunk képesek, és maximálisan fejleszteni ezeket a képességeinket.
- Bízni a társakban, az összefogás erejében, s mindenekelőtt a szeretet legyőzhetetlenségében.
- Uralkodni az indulatainkon, irigységünkön, a vágyaink azonnali kielégítésének alig megfékezhető erején.
- Megtalálni az öröm réseit a nehézségek sziklái között, s minden körülmények között megőrizni az ember legszebb adományát, humorunkat.

Nos, mindebben – már az iskolában is, de minden közösségben, családban – rengeteget segíthet az andreutika, a felsorolt célok elérésére kifejlesztett technikák-módszerek alkalmazása. Mi ez, ha nem mentálhigiéne – a javából?!

Ad 6.

Őszintén szólva, ma még fel sem tudjuk mérni, milyen sok hasznot hozhat a társadalom számára, ha a mentálpedagógia „divatba jön". Ha az emberi agy kapacitásának csak egy hányadát arra fordítjuk, hogy jobban megismerjük önmagunkat s egymást. Hogy jobban megértsük, mi miért történik úgy velünk, ahogyan. Ha fel tudjuk dolgozni csak egy kis részét azoknak a sérelmeknek, amelyeket el kellett szenvednünk eddigi életünk során. Vagy amiket mi okoztunk – másoknak. Ha megtanulunk „nyakolajozás" nélkül, őszintén beszélgetni egymással, nem utolsósorban gyermekeinkkel. Ha ke-

vesebb olyan cselekedetre kényszerít fékezhetetlen indulatunk, amit utóbb keservesen bánunk. Ha kevesebb mérgező pótszerre lesz szükségünk, s tőlünk tönkremehet az óriási hasznot hozó szesz- és dohányipar.

És ha mindezek nyomán, legalább az ezredforduló után újra nőni kezd várható élettartamunk, s kevesebben halnak meg életük delén májzsugorban, tüdőrákban, szív- és érrendszeri betegségekben. Ha mégiscsak megáll népességünk további fogyatkozása, s nem tűnünk el a népek színpadáról. Ha magabízóbb, jobbkedvű nemzetté leszünk.

Lehet, hogy egyesek mindezt utópiának tartják. Álmodozásnak, amelynek nincs realitása. Hadd próbáljam megcáfolni azért ezt a szkepticizmust két egyszerű példával, amelyeken érdemes gondolkodni (s szerintem, az Egészségbiztosító Önkormányzat is mérlegeli már ezeket).

Skandináviában és Japánban kedvezőbb életbiztosítást kötnek azokkal az ügyfelekkel, akik egészségesebb életmódot élnek bizonyíthatóan, de azoknak a munkáltatóknak is adnak biztosítási kedvezményt (vagy visszatérítést), akik módszeresen törődnek alkalmazottaik egészségével (lelki egészségével is!). És a közeli Ausztriában pedig lényegesen olcsóbban kap fogpótlást az, aki rendszeresen ellenőrizteti szakemberrel a fogait. Az Egészségbiztosítási Önkormányzatnak tehát van honnan vennie a példát, amikor pályázati támogatást ad egy olyan projektre, mint az andreutika. Előbb-utóbb bizonyára megtérül a ráfordított összeg.

És meggyőződésem, hogy a klienseik javuló állapotát tapasztalva az andreuták és koandreuták is jelentős sikerélményhez jutnak, már a közeljövőben.

Dr. Veér András
OPNI főigazgató
mentálhigiénés miniszteri biztos

II. FEJEZET

Mi az andreutika (és szemlélete), valamint ki az andreuta?

1.

ELŐSZÓ

Az *embervezetés*, a görög nyelvből képzett szóval *andreutika*, a felnőtt korban is alkalmazható személyiségfejlesztő, helyreállító módszer. Lényegét tekintve közelebb áll a neveléshez, mint a gyógyításhoz; ilyenformán némileg az andragógiára emlékeztet. Ám ez utóbbi kifejezetten felnőttnevelést jelent.

Hatókörét az embervezetés nem korlátozza egyetlen életkorra sem. Jól érvényesül gyermekeknél és fiataloknál, de idősebb korban is érdemes próbálkozni vele. Lehetőségeim úgy adódtak eddig, hogy túlnyomórészt felnőttek között került sor a kipróbálására. Méghozzá olyan szocializációs – fejlődési-nevelési – hiányosságokban szenvedőkön, akiket a hazai szakirodalom az amerikait is megelőzve *montázs-személyiségnek* (Avar P. – Valkai Zs., 1986) nevezett. A texasi-kaliforniai szóhasználat hasonló esetben *felnőtt gyermeket* mond (Bradshaw, J., 1988 és Forward, S., 1989).

Ha az ember kimondja ezt a szót: embervezetés, az első amire gondol, a szülői szerep, pontosabban a felnőtt-gyermek viszony. *Lorenz* és *Tinbergen* óta már a *humán etológiába* is átment ilyen értelemben az *imprinting* fogalma. A tanár vagy mester (magister) és a tanuló (discipulus) közötti kapcsolat ugyanennek folytatása. Már a nagy Brehm vagy Bölsche művei, de az utóbbi két évtizedben *Wilson* és *Barash* kutatásai vagy *Lawick-Goodall* csimpánz könyve vagy *Attenborough* népszerűsítő természetfilmjei, gazdagon illusztrált albumai, és persze az egész etológiai irodalom, benne a hazai

szerzők (pl. Csányi V.) ismeretterjesztő munkái mind-mind számos „oktatási helyzetet" is leírnak. Az őskori emberi leletek értelmezései között pedig olyan merész megállapításokat olvashatunk, hogy az egyes szakócákon látható rovátkák és vésetek a szerszámkészítő szakma „ipari tanulói" számára tartalmaztak volna instruktív előírásokat, mint ahogyan a jóval későbbi egyiptomi hieroglifák és a primitív népek még napjainkban is használatos rovásírásai is bizonyos útravalókat, használati utasításokat rögzítenek a társak és az utódok számára; talán csak részben a homo faber politechnikája, inkább bánásmódbeli-viselkedési útmutató gyanánt. Maga a szájhagyomány, a nonverbális magatartási kódex ennél persze jóval teljesebb és így sokkal gazdagabb is. Bár túlélése és így hozzáférhetősége a későbbi korok kutatója számára meglehetősen bizonytalan.

Gehlen az emberi nem kultúráját, annak hangsúlyos funkcióját úgy értelmezi, hogy ez biztosítja fajunk adaptációját, a klasszikus tudós szavaival élve: világranyitottságát (Weltöffenheit). Olyan fokú alkalmazkodást, ami nélkül számos szembeötlő fizikai hiányosságunk miatt sehogy sem tudnánk a földi körülmények között fennmaradni. *Szemjonov* a feltárt leletekből azt is igazolva látja, hogy az ősember még ösztönéletét is megtanulta kordában tartani a sikeresebb „adjustment" érdekében (nemi tabuk létrejötte!).

A nagy vallási kultúrák az ókorban és a középkorban is a *Riesman*-jellemezte „kívülről irányított személyiség" létrejöttének kedveztek. A „belülről irányított" és méginkább az „autonóm" személyiség csak később, az új- és a legújabb korban fejlődött volna ki. Ez utóbbi már az induvidualizáció minden vagy majdnem minden eredményét a magáénak mondhatta. És nagyfokú szuverenitást, valamint szinte korlátlan szabadságot hirdetett. *Freud* és a pszichoanalízis, akár valami antropológiai reformáció nemcsak Nyugat-Európát, de még a protestáns Észak-Amerikát is meghódította. Egy félévszázad alatt azonban kiderült, hogy mint a legtöbb hódítás, ez is jobbára csak a hódítók számára hozta meg az igért harmóniát. A meghódítottaknak inkább a csalódás jutott osztályrészül.

Mintegy 30-40 évvel ezelőtt megkezdődtek már, de a mi számunkra szinte mindmáig ismeretlenek maradtak azok a feltárások, amelyek a modern család, az ún. *nukleáris család* korlátozó lehetőségeinek hatását vizsgálják a személyiség alakulására. Hol vagyunk ma már a Magányos Tömeg (Riesman) megállapításaitól? És itt most kizárólag az individualizáció eredményeképpen létrejött autonóm személyiségre célzok. Persze nem tagadható, hogy a civilizált társadalmak egyedei törekszenek arra, hogy autonóm egyéniségek legyenek. Csakhogy az őket kibocsátó, uram bocsá': szocializáló

család a legtöbbször nem teszi ezt a számukra lehetővé. Nem segíti, vagy csak rosszul és hiányosan segíti a kisgyermeket abban, hogy az testileg-lelkileg egészséges felnőtté érjen. A „mérgező" hatások következtében az emberpalántából ezért nem ritkán csak a már említett felnőtt gyermek vagy montázs-személyiség válik. Igazában sosem nő fel, csak megnő.

Kutatások bizonyítják, hogy a civilizált országok polgárai nagy százalékban ilyen deficites személyiségek (Whitfield, Ch. L., 1987), akik képtelenek a meghitt érzelmek megélésére és normális (felelős) társkapcsolatok alakítására. Ilyenformán törvényszerű korunkban a különféle *pótcselekvések* elszaporodása, köztük a *káros szenvedélyeké* (alkohol, drogok, gyógyszerek, szerencsejátékok, düh-mánia, kényszeres evés stb.). Újabban egyes, egyébként látszatra egészséges „mániákat" is idesorolnak, amilyen a tökélyre törő rendcsinálás, a munka-alkoholizmus vagy a túlzó vallásosság.

Ez a helyzetkép ma már a Föld minden olyan társadalmára jellemző, ahol a nukleáris család-alakzat az uralkodó, ez pedig az észak-amerikai mintát követő fehér emberi világ legnagyobb részére vonatkozik *(M. Mead)*. Így most már Közép-Európára és ezen belül miránk magyarokra is. Külön érdemes lenne vizsgálni, hogy nálunk és a volt szocialista társadalmakban milyen mérvű dependenciákat okozott a népesség soraiban az évtizedeken át uralkodó paternalizmus. A valódi hátrányos helyzet okát a legkorszerűbb szakirodalom és a népszerű sajtó is jó ideje nem elsősorban gazdasági, hanem egyre inkább szociokulturális tényezőkben keresi. Tudjuk, hogy Nyugaton három évtizede a szociális igazságtalanságok ellen szervezkedő ifjúsági mozgalmak hogyan alakultak át a pszichológiai felszabadulás megmozdulásaivá. A posztfreudiánus terápiás irányzatok, elsősorban a *Jungot* követők, továbbá Rogers kliens-központú „stílusa", a Gestalt (Perls), a tranzakcióanalízis (Berne, Steiner), a pszichoszintézis (Assagioli), a Palo-Altoi sokágú kommunikációs iskola (Watzlawick, Bateson, Haley, Satir), Maslow transzperszonális értelmezései, az ezeket valló munkacsoportok, műhelyek olyan elveket és az elvekhez technikákat is dolgoztak ki, amelyek hozzájárultak egy *humanisztikus pszichológiai-pszichoterápiás áramlat létrejöttéhez* (Rowan). Ez a komplex, kultúrát is befolyásoló vonulat idővel talán alkalmas lesz arra, hogy majdan egy emberségesebb társadalmat elővarázsló szociális és emberjobbító reform ösztönzője legyen. (Szegény Moreno, ha hirtelenjében feltámadna és ezt hallaná, talán egy pillanatra elhinné, hogy még az ő utópisztikus üdvtana, a „telé" is megvalósulhat egyszer!)

Erre a reménykedésre adnak okot a nálunk még alig-alig, Nyugaton viszont már szép számmal bontakozó *önsegítő mozgalmak*.

Ha valaki – és tüneti szinten talán némi okkal – csupán az értelmiség elit-ügyének, más szóval a minőség forradalmának tekinti az előbb vázolt éra hatás-szféráját, az önsegítő mozgalmakra azután ez végképp nem áll. Ezek ab ovo demokratikus buzgalmak, és ha valamihez, akkor inkább a vallási mozgalmakhoz hasonlítanak. (A hasonlóság persze inkább jelenségszintű, mintsem tartalmi értékű. Ilyen alapon ugyanis minden emberváltoztató áramlat hasonlít egymáshoz: a korai munkásmozgalom példának okáért a korai (ős-)kereszténységhez, és í.t.).

Az önsegítő mozgalmak – élükön az alkoholisták gyűléseivel (Alcoholics Anonymous) – lényegében véve tehát laikus és egyben demokratikus megmozdulások. És elsősorban abban az értelemben azok, hogy nemre, korra és társadalmi helyzetre való tekintet nélkül minden ember számára hozzáférhetők. Pusztán *emberi jogon* veheti igénybe minden rászoruló az itt megkapható segítséget – két feltétellel:

1. ha nyíltan vállalja rászorultságát (pl. X vagyok és alkoholista), és
2. ha ő is kész segíteni másokon (pl. szponzorságot vállal) (...)

„ROSSZ VAGYOK!"
Az addiktív személyiség kialakulása

A szenvedélybetegségek túlnyomórészt pótcselekvésként alakulnak ki az emberben. Ez a pótcselekvés pedig, ha megvan hozzá a kedvező talaj, rendszerint kulturális befolyásra, magyarán szólva bizonyos szociális minta utánzásaképpen fejlődik ki az egyénben.

Beszélnek öröklésről is, elsősorban az alkoholizmus etiológiájával összefüggésben. Ám ha van is ilyen (egyes közlések szerint van!), ti. a szülői gének által közvetített kóros készség, az a gyakorlatban nehezen választható el a szülői minta befolyásától. A hereditás ilyenformán továbbra is inkább csak tudományos téma marad. A gyakorlatban pedig összehasonlíthatatlanul nagyobb jelentősége van a környezetnek és azon belül is kiemelkedő a szerepe a családnak.

Az utóbbi évtized szakirodalmában (Bradshaw, J., Forward, S.) a „toxikus szülők" és a „toxikus pedagógia" kifejezéseket szeretik használni némely szerzők. És ez annál is figyelemre méltóbb, mert az addikcióra kész személyiségben egy bizonyos nehezen elviselhető vagy sokszor teljességgel elviselhetetlen feszültség, hajszoltságérzés készteti-kényszeríti az ilyen módon inklinált egyént arra, hogy tegyen valamit ennek a szinte állandóan meglévő negatív emóciónak a szüntetésére vagy legalább a csökkentésére.

Levendel L. és Mezei Á. (1972 és 1987) az alkoholista személyiség vonatkozásában a kiváltó tényezőt a sokszoros traumatizáltság és az elviselhetetlenségi szindróma szoros összetartozásában találják meg. Megállapításukat számos saját tapasztalattal és még számosabb irodalmi és szakirodalmi hivatkozással támasztják alá.

Az előbb említett újabb megközelítések már annak próbálnak utánajárni, hogy mi hozza létre ezt a sorsot meghatározó, az egyént és környezetét romboló, nemegyszer tökéletesen megsemmisítő emocionális állapotot. S ha ezt majd sikerül kideríteniük (van rá esélyük, hogy sikerülni fog!), akkor ezzel többre jutottak, és általuk mi is valamennyien, mintha csupán az egyébként önmagában is igen súlyos bajnak, az alkoholizmusnak az okát derítették volna ki.

A család, a családban végbemenő nevelődés, a szülői befolyás már több mint három évtizede a megfigyelés tárgyaként vonult be a köztudatba, elsősorban mint a személyiséget alakító tényező. Gordon, Th. mozgalma a 70-es években indult meg (A szülői eredményesség tanulása volt az első program-anyag címe), ám ez mindmáig is – bár tömegméretekben –, de csak a gyakorló szakemberek, a szülők és a nevelők buzgósága maradt. Az okokat és a kiutat kereső szakirodalom csak úgy a 70-es évek vége felé és a 80-as évek elején jelent meg a színen (Kurtz, E., 1979 és 1981, továbbá Kaufman, G. 1980). Attól kezdve azonban egyértelművé vált, hogy *a „lélek betegsége a szégyen"* és nem olyasvalami, mint pl. az alkoholmérgezés és egyebek.

A szégyent, a szégyenérzést pedig a családi szabályrendszer plántálja belénk. Ez a szabályrendszer felöleli alapvető hiedelmeinket önmagunkról, mert rongálja gyermeki identitásunkat, mivel negálja a teljes emberi életet. A depresszió, az elidegenedés, a magában való kételkedés, az elszigetelő magányérzés, a paranoid és a schizoid tünetek, a kényszeres zavarok, a fóbiák, a nárcisztikus rendellenességek, a pótcselekvésekre késztető feszültség- és hiányállapotok, de még az ún. borderline-kórképek is Kaufman szerint mind-mind a szégyenből fakadnak. Szerinte a szégyen a lélek megölője. Ha ez az érzés már a bensőnkké vált és ezáltal állandósult, egyfajta *lelki bénultságot,* holt állapotot *hoz létre.* Mivel életünk kezdetén, tehát forrás értékű kapcsolataink matrixában kovácsolódott, a szégyen a meghatározója minden más kapcsolatunknak későbbi életünkben. „A szégyen a teljes önel-nem-fogadás" – (Bradshaw, J. 1988). Ez az érzés nagyban különbözik a bűntudattól. A bűntudat az, hogy valami rosszat csináltam. A *szégyen* pedig, hogy *én magam vagyok a rossz.* Én vagyok a hiba, a tévedés, a nem jó.

Sokan azt is megállapították, hogy a mérgező nevelési szabályozók az elmúlt másfél évszázad során alig változtak. (Bár vallják ugyanakkor, hogy az öreg regulák már nem hatnak úgy, mint régen.)

A szégyenérzés leggyakrabban az elhagyás (cserbenhagyás) *által alakul ki.*

Hányféleképpen hagyhatják el, illetve hagyhatják cserben a szülők gyermekeiket?

A tíz legsűrűbben előforduló eset a következő:

1. Fizikai elhagyás – a tudatos vagy nyílt örökbeadástól kezdve a durva, ún. küszöbre kitevésig bezárólag.

2. A saját érzelmeiket eltitkolják; példájukkal nem segítenek gyermekeiknek, hogy azok is eltanulhassák tőlük, hogyan kell emberi érzéseket kifejezni.

3. Ha a gyermekek pedig a maguk módján próbálkoznak, kísérleteznek, ebben a szülők nem bátorítják őket.

4. Nem biztosítják gyermekeik számára – legalább 15 éves korig – azok függőség-igényének teljesülését.

5. Testileg vagy lelkileg bántalmazzák gyermekeiket. Ide tartoznak a durva fenyítések, a szexuális inzultusok, az érzelmi, esetleg szellemi megaláztatások.

6. Ha a szülők tulajdon érzelmi éretlenségük miatt a saját dependencia-igényeiket a gyermekeikkel elégíttetik ki.

7. Ha ingatag házasságukat az utódaikkal tarttatják karban.

8. Ha szégyellni való titkaikat a gyermekeikkel őriztetik – úgymond a családi béke kedvéért.

9. Ha nem szánnak elegendő időt gyermekeikre, tehát nem foglalkoznak velük és egyáltalán nem figyelnek rájuk.

10. Ha illetlenül és szégyentelenül viselkednek gyermekeik jelenlétében, és ezzel lejáratják tekintélyüket.

És ha a szülők szégyenérzettel telítettek, akkor ők nem a gyermekért vannak, hanem a gyermek van őérettük. Nekik van szükségük a gyermekre és nem fordítva.

A szégyenérzettel telített szülők később is a mérgező pedagógiát fogják alkalmazni. Így talán mégsem a szülők a rosszak, hanem a szabályok?

Ám ezek köre is igen tág. Mindegyik attitűdöket, magatartási és kommunikációs szemléletet hordoz.

Nos, a különböző családokból verbuválódó házasfelek részéről kompromisszumokat kidolgozni és azokat elfogadni – már ti. a szabályok között – igen fontos, ha nem a legfontosabb feladat kell, hogy legyen.

Milyen az érett ember?

Az érett személynek jó identitása van, érzelmileg szabad, harag nélkül képes közel kerülni a másikhoz és bűntudat nélkül is képes eltávolodni attól. A rosszul működő családokban viszont gyakori a harag és a döntéseket is harag meg bűntudat kíséri.

Minden embernek szüksége van önszeretetre, önbecsülésre, tehát önelfogadásra, továbbá szabadságra és arra az érzésre, hogy ő egyetlen és megismételhetetlen individuum a világon.

Mindenkinek szüksége van arra, hogy megérintsék és tükröt tartsanak neki, de arra is, hogy megvalósítsa önmagát. A spiritualizációra is, amely magában foglalja a szeretet, a gondoskodás igényét és azt, hogy ránk is szükség van, de az igazságkeresést, a szépségre és a jóságra való törekvést is.

Az amerikai szakirodalomban általános az a felfogás, hogy a spiritualizáció egyet jelent azzal, ami egyúttal az ember többre, nagyobbra törekvését fejezi ki. Lehet, hogy a mérce az Isten maga?

M. Scott Pecknek (1978) van talán a legnyomatékosabb véleménye a szeretetigényről. Szerinte a szeretet nem más, mint kitágulni és kiterjeszteni határvonalainkat, s hogy tápláljuk saját és mások spirituális fejlődését (Úttalan utakon).

A hamis én

A szégyenérzés elviselhetetlen, de elviselhetetlenné teszi az életet is. A gyermek kiutat keres ebből az állapotból. Bohóckodni kezd, jó kedvet erőltet magára, túlzottan működteti a fantáziáját, így akarja túlélni a szégyent.

A hazug alakoskodás átsegíti a gyermekembert az elviselhetetlenségen, segíti őt a túlélésben. Védőálarcot képez a számára és ez valódi énjét távoltartja a fájdalmas érzéstől és a magányosságtól.

A válság, amiről itt szó van, sokkal rosszabb, mint amennyire fogalmuk van erről az embereknek – fejti ki Bradshaw a texasi televízióban tartott előadás-sorozatában. (A szöveg könyvalakban is megjelent: John Bradshaw, the Family. 1988.)

A fájdalom mélységét az teremti meg, hogy a gyermekeket nevelő felnőttek annak idején maguk is elhagyottak voltak. Szüleik őket is ugyanúgy távoltartották maguktól, saját igazi énjüktől. Ők is takargatták „szégyellni való" belső énjüket.

A válság tehát nemcsak abban gyökeredzik, ahogyan a gyermekeinket neveljük. Sajnos, az a társadalom széles rétegeiben honos. Akár száz és száz millió emberről is el lehet ma már mondani, hogy bár felnőttnek néznek ki, úgy beszélnek és öltöznek mint a felnőttek, pedig valójában csak *felnőtt gyermekek.*

Érdemes összevetni ezt a fogalmat a hazai szakirodalom *montázs-személyiség* fogalmával (Avar P. – Valkai Zs., 1986), amely valamivel előbb, tehát a külföldi szakirodalmat megelőzve került közlésre és foglalta magában lényegében ugyanazt. Talán még részletezőbb is volt azzal, hogy a gyermeki és a felnőtt karakter közé beiktatta a kamaszkori profilt is.

Most pedig nézzük meg közelebbről, hogyan működnek ama bizonyos *családi szabályozók.*

- Először is szentek és sérthetetlenek, mert a család mellett az iskolai oktatás is igyekezett belénk vésni őket. Közülük talán a leghatalmasabb: *az nincs, amiről nem beszélünk.*
- A gyermek *feltétlen engedelmességgel* tartozik a *szüleinek.* Ez a másik főszabály.
- Feltétlenül *válaszolnia kell,* ha kérdezik, Ő maga azonban *hallgatni köteles* a felnőttek jelenlétében.

A *kompulzív,* a kényszeresen feszült és hajszolt érzés az egyik sajtóbeli megfogalmazás szerint „a legnagyobb dögvész korunkban." Hajszoltak vagyunk és több pénzt kívánunk, több ételt, több szórakozást, több izgatószert, több szexet és több nyugtatót. Népszerű tudományos cikkek szerzői adrenalinos izgatottságnak is nevezik ezt az örökös „feldobottságra", önfeledtségre és extázisra való törekvést. Ezzel a mai ember annyira el akarja foglalni magát, hogy azt a bizonyos kényszeresen feszült, hajszolt érzést ne kelljen egy percig sem éreznie. Ne érezze a modern életben már közhelyszerűen emlegetett és mi tagadás, a valóságban is meglehetősen eluralkodó, nyomasztó magányérzést, a szinte kozmikus méretű sértettséget (Magyar I. fogalma), a szomorúságot, a szplínes melankóliát. Valamennyi pótcselekvésünk ezeknek az érzéseknek a megszüntetésére irányul. De mivel ezek a sokszor „pokolinak" is titulált állapotok csupán ideig-óráig szüntethetők

meg, véglegesen nem mulaszthatók el, az eszközként használt pótcselekvések lassan és fokozatosan *rászokásokká, addikciókká* fajulnak.

Ezekre az ún. káros szenvedélyekre, valamennyire (van vagy 35-40 féle!) túlnyomó részben a családi környezetükben szerzik meg hajlandóságukat az emberek. Gyakran a megoldási mintát is ott keresik és találják meg.

A család ugyanis az a hely, ahol forrás értékű kapcsolataink megkötődnek, de ott szerezzük első ismereteinket magunkról is, méghozzá a szüleink szeme tükrözi vissza valódi magunkat. Ide vág egy ősrégi angolszász példázat, egy bizonyos királyi személyiségnek, Hugh-nak a története, akit élete első tizenöt hónapjában olyan alattvalók neveltek, akik – nyilván valamilyen udvari szokás szerint – különleges okulárét viseltek. Emiatt sem Hugh, sem a nevelők nem látták egymás arcát, aminek következtében Hugh egész életében nem ismerte meg igazi önmagát. Úgy halt meg, hogy sohasem tudta meg, ki is volt ő valójában.

Családi környezetünkben tanuljuk meg az érzelmi meghittséget, de érzéseink kifejezését és kimutatását is. Szüleink viselkedése alapján válik a számunkra világossá, mely érzelmek elfogadhatók és melyek a helytelen vagy túltott érzések. Ebben a közegben tanulunk meg alkalmazkodni a legkisebb közösséghez, a családhoz. Itt próbáljuk először magunkra a legszükségesebb szerepeket is. Ha bántalmazást szenvedünk, a családban próbáljuk ki elemi én-védő mechanizmusainkat. Itt fojtjuk el érzéseinket, ha erre van késztetésünk avagy a családi szabályok ezt diktálják. Itt fejlesztjük ki kapcsolati illúzióinkat, itt alkotjuk meg eszményített viselkedésünket, de kiábrándulásunkat is. De itt érezzük, jobban mondva: tanuljuk meg érezni a kudarc-érzést is, amikor már nem észlelünk mást, csak a bénaságot.

Pótcselekvéseink és az ezekre való rászokás az, amitől kompulzív állapotunk enyhülését tapasztaljuk. Az alkoholos eufória, a gyógyszeres vagy drogos eksztázis, de a szerencsejáték vagy a pornó szex okozta izgalom is hasonló szerepet tölthet be az embernél, mint a falánkság vagy éppen a hatalmi mámor. Vannak, akik örökös munkával vagy pedáns rendcsinálással érik el ugyanezt, avagy az erőszakkal szembeni áldozat-szerep eljátszásával (l. Seligman, M. „segíthetetlenség" fogalmát, 1976).

A *mérgező pedagógia* fogalma A. Millertől származik (1983). A „For Your Own Good" (A magad javára) című könyvének már egyik alcíme (Rejtett kegyetlenség a gyermeknevelésben és az erőszak gyökerei) is jelzi a szerző mondanivalójának a tartalmát. Szerinte a család rendszerében a legfőbb „érték" az engedelmesség. További értékek: a rendesség, a tisztaság, valamint az érzelmek és a vágyak fölötti önuralom.

Miller, A. az alábbi hét pontban fogalmazza meg a mérgező pedagógia főbb elveit:

1. A felnőttek a gyermekek urai és parancsolói.
2. A felnőttek Istenhez hasonlóan határozzák meg, hogy mi a jó és mi a rossz.
3. Minden esetben a gyermek a felelős abban, ha a szülők haragusznak.
4. A szülőket minden körülmények között védeni kell.
5. A gyermek önálló élet-igenlő érzelmei fenyegetést jelentenek a tekintélyét megtartani óhajtó szülő számára.
6. A gyermek akaratát meg kell törni, amennyire csak lehet.
7. Mindennek a nagyon korai életkorban kell megtörténnie, hogy a gyermek észre se vegye, nehogy a felnőttek leleplezésére vetemedjen.

A szerző még csokorba szedett néhány kőkemény hiedelmet. Ezek szerinte a civilizált társadalmakban apáról fiúra szállnak:

1. A kötelesség érzése szeretetet hoz létre.
2. A gyűlöletet tilalommal lehet megszüntetni.
3. A szülők feltétlen tiszteletet érdemelnek, pusztán azért, mert szülők.
4. A gyermekeknek ugyanakkor sohasem jár tisztelet, csupán azért, mert még gyermekek.
5. Az engedelmesség erőssé teszi a gyermeket.
6. Az önbecsülés magasabb foka káros.
7. Az alacsonyabb szintű önbecsülés a gyermeket önzetlenné teszi.
8. Az érzékenység káros.
9. A gyermek igényeihez igazodni rossz dolog.
10. Szigorúság és hűvös modor a gyermekeknek jó felkészülést nyújt az életre.
11. A hála színlelése helyesebb, mint az őszinte hálátlanság.
12. Amilyennek mutatod magad, fontosabb, mint amilyen valóban vagy.
13. Sem a szülő, sem Isten nem éli túl a sértést.
14. A test piszkos és gusztustalan dolog.
15. Az erős érzelmek károsak.
16. A szülői teremtmények mentesek a buzgóságtól és a bűntudattól.
17. A szülőnek mindig igaza van.

A gyermekek hiedelmi sablonjai

„A szülő-gyermek kapcsolatban az a paradox, hogy a gyermekeknek szüleikkel kapcsolatos hiedelmei is a szülőktől származnak" – jelenti ki Bradshaw. Hiszen a szülők tanítják a gyermekeket az őket körülvevő világ jelentéseire. Az első tíz évben a gyermeki világ legfontosabb tényezője a szülő. Az emberi utód van különben is a leginkább függő helyzetben az összes teremtmények között. *J. Piaget* szerint is a gyermek gondolkodása az első nyolc évben mágikus és egocentrikus, de semmiképp sem logikus. Ha egy négyéves gyermektől, akinek testvére van, megkérdezik: van-e testvéred? Rábólint, hogy igen. Ha viszont azt kérdezzük tőle, hogy a testvérének van-e testvére, zavart lesz és azt feleli, hogy nincs. Öt éves kor előtt a gyermek nem tudja megmondani, melyik a vele szemben álló személy bal vagy jobb oldala.

A gyermek mágikus gondolkodásából az is következik, hogy a szüleit isteníti. Ők a szemében mindenhatók. Semmilyen veszély nem fenyegeti azt a gyermeket, akinek szülei vannak. Ez a mágikus eszményítés védi a gyermeket pl. az éjszaka rémeitől. Ezek okoznák az elhagyást és a halált – már élmény szinten.

Nézzük meg közelebbről: ha a szülő bántalmazza és sérti a gyermeket, akár fizikailag inzultálja vagy szexuálisan, akár emocionális vagy mentális fájdalmat okoz neki, a gyermek természetszerűleg azonosul a szülővel, tehát magáévá teszi a vádat is, azaz önmagát fogja rossznak és bűnösnek tartani, és nem a bántalmazó szülőt. Az ilyen eset azután mindenkor elviselhetetlen szorongást kelt benne. De hát már Freud is megállapította, hogy a gyermekek fel vannak vértezve az ún. énvédő mechanizmusokkal. Ezek ősi adottságok, amelyek a tudat alatt formálódnak és működnek.

A fantázia kötelék

Robert Firestone új könyve (Fantasy Bond) dolgozza fel ezt a kérdést. Mivel tökéletes szülő nincs – állapítja meg a szerző – ezért mindenki kifejleszt ilyen képzeleti köteléket. Ez a kötelék olyan illúzió, amit akkor teremtünk fontosabb gondozónkkal való kapcsolat gyanánt, amikor érzelmi szükségleteinket nem tudjuk megfelelő mértékben kielégíteni. Pl. nem tudjuk, hogy ahol apánk dolgozik, az milyen hely, a szerepkör, amit betölt, mi is valójában. Ilyenkor kinevezzük szülőnket magunkban pilótának, feltaláló tudósnak, híres sebésznek, gazdag és közkedvelt embernek stb. Firestone

szerint ez a képzeleti játék „akár a délibáb", úgy segíti a „vándort a túlélésben".

Normális esetben az ifjú, mielőtt elhagyja a szülői házat, misztikus fantáziáit is ottfelejti, akár kinőtt ruháit, cipőit...

A lelkileg kifosztott vagy megtört ember azonban hajlik szülei és egész családja idealizálására. A hamis én kifejlődését ez is segíti. A természet védi a gyermeket, hogy megmaradhasson egocentrikus, mágikus, tehát nem logikus tudati állapotában. Ő biztonságban akar lenni és túlélni! – ez a jeligéje. Ezért kell a szüleit eszményíteni és magát rossznak tartani.

A legtöbb gyermek a szülei hangját is magába vetíti. Ez azt is jelenti, hogy ő folyamatosan hallja a „szégyen-dialógust" a belső fülével. Addigra valamennyi érzése, szükséglete vagy ösztön-késztetése szégyen-kötötté válik.

A gyermek természetszerűleg *kénytelen kifejleszteni hamis énjét.*

A szégyen egy idő után már nem is érzés, hanem identitás.

Az ilyen gyermek serdülőkorában sem tud sikeresen fejlődni, még ha minden erejét latba is veti az elszabadulási manőverben, és látványosan el is utasítja a szülői szabályokat. A fantázia kötelék a gyermek tudatában akkor is működik és hat, amikor a szülők már nincsenek jelen (esetleg már nem is élnek).

Ez különösen akkor válik kirívóvá, amikor az ifjonc megnősül vagy a leány férjhez megy.

A szülői szabályok minden valószínűség szerint az újonnan alapított családban is kisérteni fognak.

Konszenzus-realitásnak nevezik, ha egy közösségben valamilyen rendezvény szokássá válik. Egyszer valaki megrendez valamilyen találkozót (falusi búcsú, iskolai ballagás, érettségi bankett, érettségi találkozó stb.), s ha az valamelyik évben valamiért elmarad, kellemetlen hiányérzet uralkodik el a közösség tagjaiban. A hétköznapok egyhangúságában évtizedekkel később már elfelejtjük, hogy a legitimizált „szabály" egykor mennyire alkalomszerű és relatív volt, és mennyire a körülményektől függött. Ám ha az egyszer „törvényerőre emelkedett", akkor szentesült is és abszolúttá vált.

Bradshaw szerint a következő paradoxon merül fel itt: az egyedek társadalmat teremtenek a körülményekből és struktúra iránti igényükből. A társadalom ezt konszenzus-valóságként legitimizálja, s ez majd az egyes egyedek „megteremtésére" fog hatást gyakorolni. Így van ez a család koncepciójával, a házassággal és a szülői tevékenységgel is. Persze, azért a biológiai, pontosabban a humán etológiai tényezőt sem szabad figyelmen kívül hagyni.

Nos, ha történelmileg visszatekintünk: kb. 150 éves a nukleáris család. A polgárosodás azóta tette lehetővé, hogy a korábbi nagy létszámú család kisebb egységekre szakadjon és ezek a kisebb egységek viktimizálják, majd megmentik egymást, s az egy szünet nélküli, mondhatni szomorúan ismétlődő folyamat.

Gregory *Bateson* és Virginia *Satir külön-külön, de együtt is sokat munkálkodtak ezen a problémán. Minden mentális megbetegedést, de legalábbis a legtöbbjét ők egybehangzóan a családon belül uralkodó kóros kommunikáció következményének minősítik. Ennek a teóriának egyik legismertebb fogalma a „double bind" (kettős kötés), amely az „áldozat"-családtagban biztosan kifejleszti az érzelmi ambivalenciát, ami a hasadásos elmezavar tüneti képében, általában már a kezdeti szakaszban (tévelyhangulat) megjelenik.*

Már az anyaméhben...

A családi rendszer – sokak szerint – azon az egyszerű tényen nyugszik, hogy az emberfaj nem tud megszabadulni társas lényegétől.

Bradshaw, J. (1988) szerint: amit az ember saját magáról tart, az azokból az érzésekből és vágyakból formálódott ki, amit anyánk velünk kapcsolatosan élt át. Önmeghatározásunk szó szerint véve már az anyaméhben megkezdődött.

Bradshaw közli *Thomas Verny*-nek a magzat életéről szóló leírását. E szerint kísérleti bizonyítékok vannak arra, hogy a magzatnak *a hatodik hónaptól kezdve van emocionális élete.* Képes hallani, tapintani, átélni és tapasztalni, s bizonyos primitív szinten tanulni és érezni is. Az anyától kapott „üzenetek" bizonyos attitűdöket hordoznak, pl. szorongást, ambivalenciát, de ugyanilyen eredetű örömöt és boldogságérzést is. Ezek mind hozzájárulnak a gyermek emocionális fejlődéséhez.

Ennél meglepőbb, amit ez az elmélet az apa érzelmi hozzájárulásáról vall. Eszerint, amit a férfi a felesége és születendő gyermeke iránt érez, mind-mind fontos tényezők a terhesség sikeres kihordásában és így természetesen az utód megfelelő útnak indításában. Életünk ilyenformán már a kezdet kezdetén szüleinktől meghatározott.

A CSALÁDI RENDSZER

Murray Bowen (...) a családi patológia keletkezésében alapvető fontosságúnak tartja, hogy két egyed megoldatlan konfliktusokkal házasodik össze. Annak arányában azután, ahogy a meghittség foka növekszik köztük, a magukkal hozott konfliktusok egyre élesebbek lesznek. A felek ezeken az érzéseken úgy próbálnak úrrá lenni, hogy egy bizonyos ál-intimitást erőltetnek magukra, amiben a kisgyermek korukban létrejött hamis énjük segíti őket. A házasság így – különösen a kívülálló szemében – boldognak látszik, hiszen a felek adnak erre a látszatra... Hogy aztán mi lappang a felszín alatt, az más kérdés. Leginkább feszültség, olykor nyílt háborúság, fájdalom és magány.

Amikor egy gyermek megszületik – ez is Bowen, M. megfigyelése –, triád (háromszög) keletkezik a rendszerben. A gyermek a kapcsolat gyújtópontjába kerül, s ha a családi patológia már a gyermek viselkedésében is megjelenik, gyakran ő lesz a céltábla. A szülők betegnek nyilvánítják és orvoshoz, pszichológushoz viszik.

Ezt a felismerést több kiváló szakember tette magáévá, többek között *Salvador Minuchin, Jay Haley, Virginia Satir* és *Carl Whittaker*.

Bizonyos felismerések e tárgyban azonban őelőttük is tudatosultak. *Cristian Midelfort* 1957-ben közölte, hogy határozott összefüggéseket talált kedélybeteg és hasadásos elmezavarban szenvedő kliensei, valamint neurotikus betegei és mindezek családtagjainak magatartása között. Az amerikai szerzővel csaknem egyidőben állapította meg ugyanezt Angliában *John Howels*, aki még azt a kijelentést is megkockáztatta, hogy a pszichiátriai beteg családját szinte sohasem tekinthetjük segítő háttérnek, mert nekünk a családot is pácienskénti kell kezelnünk... A nálunk megjelenő vagy hozzánk beutalt személyt pedig a családi pszichopatológia tünethordozójának kell vennünk.

Ma már kis túlzásnak hat (bár kétségtelen, van benne igazság) *Margaret Singer* és *Lyman Wynne* következtetése, amely szerint minden schizophreniás családtag – gyermek és szülő egyaránt – folytonosan éljenek csak együtt, egy lakásban. Csakhogy a kezdet kezdetén a kis családok rövidebb ideig éltek együtt. A válás ritkaság számba ment, a házasságok átlagos életkora tizenöt év volt. Tizenhároméves korában a legtöbb gyermek elvesztette egyik szülejét. Tizenötéves korban a formális iskolai időszak véget ért. A lányok pubertása tizenhétéves kor körül köszöntött be. Gazdaságilag a családokat lekötötte a munka, a megélhetés. Az apa otthon volt. A fiú gyer-

mekek az apához a munkán keresztül kötődtek. Figyelték és csodálták apjukat, ahogyan az átalakította a földet, építette a házat, gondozta a szérűt és a magtárat, tehát ahogy a keze munkájával teremtett javakat.

Manapság a családok többsége elveszti az apát, mert az többnyire valamilyen távoli munkahelyre jár (automatizált és számítógépes üzembe, hivatalba). Van olyan becslés, amely szerint egy átlagos amerikai tisztviselő naponta mindössze 37 másodperct tölt gyermekével.

Amint azt a fantázia kötelékkel kapcsolatban is említettük, a legtöbb gyermeknek nincs valós fogalma arról, hogy az apja hol dolgozik, anyja mit csinál.

Susan Forward szerint: az anyához való kötődés és ennek a köteléknek az elszakíthatatlansága valójában az apai távollét miatt alakul ki, ami a szerző tapasztalata szerint komoly házassági és családi intimitási konfliktust okoz (1989).

A gyermekek, különösen a fiúk a legnagyobb vagyontárgyai voltak régebben a családoknak. Ma inkább tehernek számít minden gyermek, legyen fiú vagy lány. Eltartani a gyermeket addig, míg az el nem végzi az iskoláit, nem csekély anyagi terhet ró a családra. Ez a szoros szülő és gyermek viszony gyakran eltart akár 25 éves korig is.

A „kell" és a „muszáj" az, ami mércévé válik, és ez okozza azután a hasadást és a magunktól való elidegenedést. A diszfunkcionalitás egy családban a „kellekre", az „illikekre" és a „muszájokra" épül. A „mérgező pedagógia" segítségével valamennyi észlelet, gondolat és érzés, valamennyi döntés és elképzelés a családtagok mindegyikénél ezzel a mércével méretik meg. Pl.: „Nem kellene ezt érezned!" „Miért akarod éppen ezt és ezt?" „Hogy tudsz ilyen ostoba lenni?" Vagy: „Te aztán igazán ábrándozó vagy, aki nem is ezen a földön jár!" És így tovább.

„Ilyen szellemi környezetben természetesen erőid leszámítolódnak" – írja Bradshaw. – „Már a haragod sem a tiéd, mert az is kettéhasadt és megdermedt. Ugyanez történik a szexuális érzéseiddel, a félelmeiddel, a szorongásaiddal, de a gondolataiddal, a vágyaiddal és az elképzeléseiddel is."

Ahogy már kifejtettük: ha nem tudod átélni, amit érzel, én-védelmed elhagy és te fizikailag megbénulsz.

Vitatható, hogy milyen értéke van a kapcsolat megteremtésében az udvarlásnak. Szerelembe esni még nem szeretet is egyidejűleg, csupán egy genetikai kötelék. A természet utódokat akar, amint azt a szenvedélyes szerelemről szóló művében már Schopenhauer is megírta.

Hatalmi harcok

Mindkét személy fölényt akar szerezni a házasság által. Ám minél inkább elharapódzik a hatalmi harc, annál inkább válik reményvesztetté mind a két fél a tekintetben, hogy elképzelései valaha is teljesülhetnek. Ilyenkor aztán abban bíznak, hogy majd a gyermekük megvalósítja, ami nekik nem sikerült.

Ez a gyermekre váró feladat... Hát igen, ezzel kezdődhet meg az utód diszfunkcionalitása. Az elidegenedett, hasadt lelkű szülők gyermekei azután gyakorta nem képesek elérni azt, ami az egészséges fejlődéshez szükséges lenne. Mivel szüleik énje kettéhasadt és nem fogadják el magukat sem, nincs honnan lemásolniuk az én-tápláló szeretetteljes magatartás mintáját. Amiből tanulni tudnak, az nem más, mint a szüleik gyenge és tökéletlen énje.

A. Miller írja, hogy csak amikor már saját gyermekeink vannak, az első évek sérülékenységét akkor ismerjük meg igazán. A saját gyermekeinkben eszmélünk rá arra, amin annak idején magunk is átmentünk. Ha más tudásanyagból (pl. Th. Gordon műveiből!) nem merítettünk is, úgy legalább szülői szerepünk gyakorlása közben kell (kellene!) felismernünk a veszélyt, amely gyermekeinkre emócióik elfojtása révén leselkedik. A. Miller hangsúlyozza, hogy minden gyermek magáévá teszi (internalizálja) szégyenérzetét, amiért értéktelennek tűnik szülei (gondozói) szemében. Az elfojtott, mert szabadon ki nem élt emóció helyén egy „jeges blokk" keletkezik, amely minden racionális lelki működést lehetetlenné tesz. Ilyenkor három tranzakcióból legalább egy biztosan létrejön:

1. Mitológia vagy mitológiák keletkeznek, hogy az elhagyást megmagyarázzák (megideologizálják!).
2. A gyermek maga magyarázza, illetve értelmezi úgy-ahogy az elhagyást, amelynek egyébként értelme persze nincs, de arra jó, hogy a gyermek megszégyenüljön tőle.
3. A gyermeknek azt mondják, hogy ő nem tudhatja kifejezni, de joga sincs hozzá, hogy a szülői elhagyás miatti érzéseit (a félelmét, a sértődést, a szomorúságot és a haragját) kifejezze, megfogalmazza.

A mitológia vagy a mitológiák az eseményeknek vagy az akcióknak tulajdonított jelentések azért, hogy kivonják belőlük a tényleges történést. Íme egy példa: Egy apai „munkamánia" miatt diszfunkcionáló családban az fejeződik ki, mintha azt mondaná egy illetékes családtag, leginkább persze az anya: „Látjátok, mennyit dolgozik apátok? Ezt mind azért teszi, mert szeret bennünket és azt akarja, hogy sok szép holmitok legyen."

A második tranzakcióban a mérgező pedagógia így indokolja a bántalmazást: „azért tettem, mert szeretlek" vagy: „hidd el, nekem jobban fájt, mint neked."

A harmadik esetben az emocionálisan blokkolt szülők nem tudhatják kezelni gyermekeik emócióit. Az anyát pl. nagyon szomorítja, hogy a megszégyenített gyermek sír, ezért megtiltja gyermekének a sírást.

Ez a blokkolt, fagyos minta gátolja a kreatív intelligenciát. A múlt negatív hatása – akárha egy kapcsológombot nyomnánk be – minden hasonló élmény, tapasztalat hatására pavlovi reflex-szerűen „beleront" a gyermek (vagy a felnőtt gyermek) szellemi-lelki világába és beszennyezi, összezavarja azt. És aztán valamennyi újabb és újabb élmény – a legcsekélyebb hasonlatosság révén – megteszi a maga hatását és képes kiváltani az eredeti rossz érzést, s létrehozni a már ismert bénító állapotot. „Olykor egy sorozat ismétlődése olyan módon hozza működésbe „készülékünket", mint amikor ama bizonyos kapcsológomb beragad és a lemez örökké jár" – írja Bradshaw, és elnevezi a jelenséget internalizált szégyennek.

Hasonló történik az akarattal is. Az akaratnak észlelésre, intelligenciára és képzeletre van szüksége ahhoz, hogy döntésre tudjon jutni. De ha nincs egészséges forrása, amit használni, amiből választani tudjon, nem marad más hátra, minthogy használja és választja önmagát. Az „Akarat útjai" c. művében *Leslie Farber* azt írja, hogy az akarat én-né válik (self). Minden akarati cselekvésben valamiféle teljességet él át az ember, az azonosulást önmagával. Bizonyos szélsőséges lelkiállapotokban még addikttá is lehetünk, azaz megittasodhatunk a saját akaratunktól, ami egyébként gyermekkorban még természetes is lehet. Később már csak akkor, ha szerepünk keretei ezt megengedik (netán elő is írják?!) a számunkra.

A diszfunkcionáló családokból származó gyermekek problémája, hogy akaratuk gyakran megrokkan. Döntéseiket az impulzivitás, a végletesség és a vagy-vagy szélsőségessége jellemzi. A kompulzív kényszerérzés örökös hajszoltságot jelent; mindent ki kell élezni (fekete vagy fehér, jó vagy rossz, velem vagy ellenem). A szerelemben a jelzó: „mindent szeress énbennem vagy egyáltalában ne szeress!" Az akaratnak – miként a gyermeknél, úgy a felnőtt gyermeknél, tehát a montázs-személyiségnél is – folytonosan érvényesülnie kell. Ha egyéb nincs „kéznél", akkor a másik fél ellenőrzésében...

A kisebb-nagyobb embercsoportokban dúló hatalmi harcok is a legtöbbször ilyen patológiás akarat-megnyilvánulások.

Családi szerepek

Hogy a családban, mint általában az emberek között, szerepek működnek, tehát az embereknek szerepet kell játszaniuk, magában véve még nem olyan rossz dolog. Ismeretes az idevágó Shakespeare-i mondás (Színház az egész világ, s színész benne minden férfi és nő). Ám a diszfunkcionáló családokban ez is másképpen alakul. Ott a szerepek és a szereplők egyaránt a család nyílt vagy rejtett szükségleteinek kényszere alatt állnak. Ezért senki sem a saját akaratából „lép fel" és ugyanígy nem vonulhat vissza, tehát a „kulisszák mögé", még ha nagyon unja is a játékot. Úgy kell működnie mindenkinek, hogy a családi kényes egyensúlyt segítsen fenntartani, s ha az netán már megbillent, akkor helyreállítani.

Pl. alkoholista családjában nagy szükség mutatkozik arra, hogy valaki, egy másik családtag, talán az egyik gyerek viszont kiemelkedően sikeres legyen. Rideg, érzelemszegény családokban az egyik fél mindenkivel törődő gondozóvá válik; a sértődött, gyűlölködő közegben az egyik gyermekből bűnbakot csinálnak, hogy rajta a sok felhalmozódó gyűlölet és harag folyamatosan „kisüthető" legyen... A szerepet játszó családtag minden esetben feladja önmagát. Diszfunkcionáló családokban az egyén azért létezik, hogy fenntartsa a rendszer egyensúlyát. Ez a sorsa minden egyednek az efféle famíliában. Mivel az egész család beteg, így benne minden tagjának fel kell adnia igazi énjét, hogy maga a család is el tudjon játszani egy szerepet; meg kell tehát hoznia az áldozatot a család összetartásáért. Minden egyes tag kodependenssé válik, mert valamelyik baj hatósugarában él. Ez a baj pedig a kémiai függőségből, a munkamániából, az étkezési túlzásokból, a szülők dühkitöréseiből, erőszakos, kompulzív magatartásából stb. áll.

Azután pedig a kontrollnak valamilyen formája minden kompulzív családra ráhárul. A szégyen, az az érzés, hogy hibás vagyok és értéktelen, azt igényli, hogy az érintett személy rejtőzködjön és maradjon titokban, na és sohase maradjon őrizetlen... Az őrizetlenség, más szóval: a fedezetlenség pillanatában már exponáltnak érzi magát. Mindezt nehéz, jószerivel lehetetlen elviselni. Tehát minden pillanatban nagy betűvel Segítőkésznek, Hősnek, Lázadónak, Tökéletes Gyermeknek vagy Tökéletes Bűnbaknak kell lennie. Ez a módja a család ellenőrzésének, amely lassan, de biztosan mindenkire kiterjed. Persze, hogy ez az „ellenőrző elmebaj" előbb-utóbb elviselhetetlenné teszi a családtagok létét. Nosza hát, jöjjön az addikció! Az a mód, az az egérút, amelyen keresztül kivonhatja magát a kontroll alól valaki. Az addikciók ugyanis feloldódást nyújtanak.

Mi a *kodependencia?*

Egy nagyobbfajta kiút a diszfunkcionáló családi rendszerből. A kodependens egyedeknek már nincsenek saját érzéseik, saját igényeik és saját akaratuk. Ők a közös családi baj rontása alatt élnek. Szerepet játszanak és ezek a szerepek úgy működnek, mint az én-védő mechanizmusok. Mindenki a boldog család látszatát igyekszik kelteni. Ez voltaképpen ugyancsak fantázia-kötelék, mítosz és hazugság. Így nem áll senkinek az érdekében, hogy lelepleződjék. Ettől mindenki tartana, mert az ilyesmi valósággal elviselhetetlen lenne, és a családot is könnyen romba dönthetné.

Bradshaw azt gyanítja, hogy semmi sem jellemzőbb egy diszfunkcionáló családra, mint a tagadás és ezáltal a hazugság. Pl. a papa nem alkoholista, mert reggel sosem iszik. Ti. csak este piál és éjszaka jár haza részegen.

Az is jellemző ezekre a családokra, hogy minél többet próbálkoznak azzal, hogy változzanak, annál inkább maradnak ugyanazok. Nincs a számukra olyan fix pont, amelyre alapozva széttörhetnék az ósdi hiedelmeket és átalakíthatnák a merev rendszer körkörös feed-back láncolatát.

Van a mérgező pedagógiának mintegy 8 szabálya. Ezek sokoldalúan bizonyítják a rigid rendszer fennmaradását. Ezek a szabályok a következők:

1. Ellenőrzés minden kapcsolati mozzanat, érzés és viselkedés felett, méghozzá minden időben...
2. Perfekcionizmus: mindig legyen igazunk mindenben, bármit csinálunk. Ez a „nekünk mindig igazunk van" akár több nemzedéket is túlélő szabály lehet és vonatkozhat intellektuális teljesítményre, morális magatartásra, de vonatkozhat gazdasági ténykedésre, esetleg manipulációra is. Ezzel lehet elfedni a szégyenérzést. A tökéletes nem szégyellhető.
   Az ún. egészséges szégyenről tudni kell pl. azt, hogy ez adja a tudomásunkra: életünk véges és nem vagyunk tökéletesek. A szégyen kinevetteti velünk a hibáinkat. És ez is bizonyos kontrollt jelent.
3. A magunk okolása. Ez egy másik defenzív szabály a szégyenre: ha ugyanis a dolgok nem változnak olyan módon, ahogy terveztük, nem marad más hátra, mint okolni érte valakit. Akár magunkat, akár mást. Az okolás ti. szintén a kontroll illúzióját adja.
4. Az öt szabadság tagadása. Ha tagadjuk érzelmeinket, észleléseinket, gondolatainkat, szándékainkat és elképzeléseinket, az olyan, mintha ezek ellenkezőjére vágynánk. Tehát a félelemre, a magányra, a szomorúságra, a sértődésre, a visszautasításra és a függőségre.

5. A „nem beszélünk róla"-szabály. Amiről nem beszélünk, az nincs is – tartja egy közhelyszerű mondás, ami az öt szabadság tagadásának egyenes folytatása. Bradshaw megkockáztatja azt a véleményt is, hogy a kimondás megtagadása talán „az emberség alapvető sebe." Hiszen az emberi lények Bradshaw szerint szimbolizáló állatok, amelyek beszélnek és jelképekben fejezik ki magukat: új életet teremtenek és új területeket a képzelet szimbolikus működtetése által.
6. Mítoszképzés. Ilyen pl., hogy mindig a napos oldalra kell tekinteni és ott kell járni; a sérelmeket, fájdalmakat, a betegségeket stb. pedig olyan csomagolásban kell tálalni, hogy arra ne kapja fel a fejét senki, tehát el lehessen vele vonni a figyelmét mindenkinek. Ez is az egyensúly megtartásának egy módja. A rendszer ezáltal is megmarad zártnak és merevnek.
7. Ne teljesítsünk be semmit! Folytassuk kisded harcainkat, vitáinkat, és továbbra se értsünk egyet a régóta vitatott kérdésekben. Először is a régi viaskodásainkat évekig lehet folytatni anélkül, hogy megoldanánk őket. Másodsorban: jobb mindent összemosni és összekutyulni, és csak abban egyetérteni, hogy semmiben sem értünk egyet... Jobb ha egy család örökös konfliktusban él, mintha a tagjai kontaktusban állnának egymással.
8. A megbízhatatlanság. – Ne bízzál meg senkiben, akkor csalódás sem fog érni!

Televízió sorozatában J. Bradshaw a nagy nyilvánosság előtt megvallotta, hogy több mint másfél évtizedes iszákos életmódját hirtelen hagyta abba és bevonult egy kórházba, ahol önkéntes elvonókúrának vetette magát alá. A papból lett pszichológus-addiktológus drámai gyermekkort élt át, mivel apja rendszeresen részegen járt haza, majd egy idő múlva véglegesen elment hazulról. „Paradoxnak tűnik, de mégis ez a tapasztalat, hogy számos alkoholistának a gyereke maga is iszákos lesz vagy legalább is alkoholistával házasodik össze – írja B. –, illetőleg olyan személlyel, aki valamilyen kompulzív-addiktív személyiség-zavarban szenved." „Én úgy dolgoztam, úgy vásároltam, úgy dohányoztam és ettem, hogy mindent kényszeresen cselekedtem" – folytatja B. – „még azután is, hogy kigyógyultam az alkoholizmusomból, én akkor is addikt maradtam; és ennek felismerése késztetett arra, hogy teljes gyógyulásomat keressem, kutassam". Ez akkor sikerült neki, amikor az Alcoholics Anonymous mozgalomhoz csatlakozva, annak ifjúsági összejövetelein végigcsinálta a 12 lépést.

Időközben az Egészségügyi Világszervezet (WHO) is meghatározta a kompulzív-addiktív magatartást. Eszerint az egy „kóros viszonylat mindennemű kedélyváltoztató élménnyel szemben, amelynek ilyenformán az életet károsító következményei vannak".

Valaki azt mondta, hogy egy alkoholista családjában élni olyan, mint egy koncentrációs táborbeli lét. A poszttraumás stressz-tünetek is akár egy koncentrációs tábor túlélőinek szimptómái...

A krónikus állapotok miatt mindegyik családtag igyekszik alkalmazkodni a stresszhez: éberséget mutat, szorongóvá válik és fél. Ilyen környezetben lehetetlen az alapvető szükségleteket kielégíteni, ezért minden családtag előbb-utóbb kodependens lesz.

Ahol az apa alkoholista, az anya kodependens (tehát addikt az apa alkoholizmusára), a szülők semmiképpen sem állhatnak a gyermekeik rendelkezésére. Mint addikt személyek, mindkét szülő érzelmi ínséget szenved és szégyennel telített. Teljesen lehetetlen, hogy két érzelmileg ínséges és szégyenteli ember szeretetet adjon és példát a maga-szeretésre.

A normális embernek egészséges nárcisztikus igényei vannak, de egy alkoholista családban ezeket nem lehet kielégíteni. Így minden gyermek befelé fordul és a fantázia kötelék mítoszában merül el. Ennek következménye lesz a „fájdalomcsillapítás" igénylése. Tudni kell, hogy az etilalkohol gyógyszertani hatását tekintve elsősorban érzéstelenítő szer.

További megfigyelés, hogy az alkoholista családokban a visszaélés minden más formája is megterem. A mérgező pedagógia a maga úr/szolga egyenlőtlensége által intenzifikálódik. Az erőfitogtatás, az egymás örökös ellenőrzése, a tökéletességre törekvés, a mások bírálgatása és a vádaskodás, valamint a harag mind-mind olyan utak és módok, amiket a szégyen közvetít a személyek között. A szülők, akik úgy tesznek, mintha mindent tudnának, ítélkeznek és büntetnek, azok a szülők voltaképpen Istent játsszák.

A „harag-mániás" ugyanúgy szétdúlhat egy családot, mint egy alkoholista apa. A harag önvédelmül szolgál a szégyentől megszállott embernek. A szülő a munkahelyén megszégyenül, mert valamilyen hibáját a fejére olvassa a főnöke. Délután hazamegy, miközben még mindig restelli magát a történtek miatt. Erre mit cselekszik? Beleköt a feleségébe, vagy a gyermekét leckézteti meg annak valamilyen kifogás alá eső viselkedése miatt, hiszen neki a mérgező pedagógia szellemében ehhez joga van. Haragja amolyan szent haraggá magasztosul s ez egy csapásra megszünteti a haragvó ember korábbi szégyentudatát. Pontosabban szólva: átadja azt a gyermekének. Így válik a harag védelmi stratégiává.

Az addikció, tehát a káros szenvedély fogalma gyakran korlátozódik a kémiai anyagokkal való visszaélésre (alkohol, nikotin, drogok és étel). De a fogalmat természetesen ki kell terjeszteni az olyan magatartásféleségekre, mint a munkamánia, a szex túlhajtása, a vallási extázis stb.

A kábulat valamennyi formájában a kliens a fantázia-kötődés miszticizmusát játssza le újra. Azt az ünnepi érzést éli át megint, amelyet a pénz és az eszközök birtoklásában, az evésben és az azt követő jóllakottságban érez, vagy a drogok keltette „feldobottságban"...

Bradshaw szerint *minden kompulzív, addiktív viselkedésben a kapcsolat illúziója áll helyre. Az ember már nincs egyedül, sikerült meghaladnia az elkülönülést és a magányt.* Ilyenformán ez a boldogság-élmény sohasem társulhat az éhséghez, a szomjúsághoz és a munkátlansághoz. Sőt éppen ezeket és az ezekhez hasonló érzéseket segít elviselni. Nem mond ennek ellent az a tény, hogy amikor az addikció a kapcsolat, a kapcsolódás illúzióját kelti, egyúttal a kikapcsolódást, az unalomig rögződött – többnyire nyomott – kedélyt is megszünteti.

Korunk állandóan törekvő és törtető embere normális formában ugyanis nem képes lazítani, kikapcsolódni. A szerencsejáték is csak úgy kapcsol ki, hogy valójában bekapcsol. Akciót hajt végre általa az ember, és ennek van kedélyváltoztató hatása.

Az emóciók maguk is addiktívak és egymással felcserélhetők. Embereknél gyakori *a harag felcserélése a félelemmel,* pedig a düh erőssé tesz, a félelem pedig gyengít. Itt van pl. a sírás! A nők gyakran *sírnak dühükben.* Aztán találkozni olyan emberrel, aki örökösen szomorú. Az állandósult szomorúság is egyfajta *addikció.*

És a gondolkodási addikciók? Bizonyos *gondolkodási megszállottság,* pl. egy eszme eluralkodása az emberen, képes megszüntetni a monoton kedélyt és unalmat.

Miért veszélyes mégis a rászokás? Minden kompulzivitás (kényszeresség) legfontosabb aspektusa annak életrontó volta. Ez azt jelenti, hogy a kompulzív-addiktív viselkedés személyiségbeli diszfunkciót, működészavart okoz, mert leblokkolja az embert, mielőtt az a szükségleteit kielégítené, ti. minden energiáját fölemészti. Választásai beszűkülnek, szabadsága elvész, akarata megbénul. Hajszolt lesz, erőtlen és életét nem tudja szabályozni.

Szabadság nélkül pedig mindenki elembertelenedik. Választás nélkül – Bradshaw szerint – olyanokká válunk, mint az állatok. Teljesen kifelé irányítottak leszünk, önreflexió és belső élet nélkül.

A bölcsek az emberi szokásokról úgy beszélnek, mint az ember második természetéről. A jó szokás: erény és erőtöbblet a személyiségünkhöz. A rossz szokás: hiba!

Az arra való képtelenség, hogy egészséges módon viszonyuljunk másokhoz, a szégyen eredménye. A szégyen a kapcsolatok tönkremenésének egyszerre oka és következménye. Ha a személyek közti híd leszakad, a felnőtt gyermekek azt hiszik, hogy többé nincs joguk függő viszonyt létesíteniük senkivel. Ti. ők már nem bíznak többé sem magukban, sem másban.

Firestone szerint az általa leírt fantázia-kötelék az oka minden addikciónak. A fantázia-köteléket különböző módokon játsszák le. Jöhet grandiozitással, pl. a szerelemben, de jelen lehet a jóérzés és igazságosság-érzés extázisában, a szexuális győzelemben és az orgazmusban, az evés és a jóllakottság érzésében, a pénz és más birtokolt eszközök mágikus hatalmában, az önfegyelem által indukált tudatváltozásban (pl. vallási megtérésben), de amint azt már említettük: egyszerűen csak egy akármilyen drog okozta „feldobottságban" is.

A belső gyermek

Jung „isteni gyermeknek", Emmet Fox „csodagyermeknek" nevezte személyiségünknek azt a részét, amelyet sokan mások „belső gyermek"-nek és még sok minden másnak kereszteltek el. Általános nézet szerint ez lenne a mi igaz valónk, a valódi énünk (Horney, Materson), személyiségünk tényleges középpontja (Winnicott, Miller): child within vagy inner core. És ha ezt a valamit kezdetben a szüleink, majd később mi magunk nem gondozzuk, nem tápláljuk, vagy csupán nem hagyjuk érvényre jutni, akkor lényünk eltorzul és hamis én (false self) vagy kodependens én alakul ki. Fokozatosan rögzül bennünk a szorongás, a félelem, a zavarodottság, az üresség és a boldogtalanság. Olyan családokban következik ez be, ahol az elmebetegség, érzelmi ridegség és hidegség s általában a testi-lelki ellátás hiányosságai uralkodnak. Egy amerikai szerző, *Charles L. Whitfield* (1987) szerint ilyen hiányos környezetben nő fel az emberek túlnyomó többsége, az amerikai lakosságnak mintegy 80-95%-a. Szerinte csupán 5-20% kap elegendő szeretetet, normális mintát és megfelelő vezetést gyermekkorában. Ugyanez a szerző állított fel egy 20 tényezőből álló rangsort az emberi szükségletekből. Szakirodalmi forrásait nem kisebb szerzők műveiből merítette, mint Maslow (1962), Weil (1973), Miller (1983, 1984) és Glasser (1985).

Vázlatos szükséglet-rangsor

1. Túlélés;
2. Biztonság;
   Ez a két legelemibb szükséglete az újszülöttnek.
3. Érintés;
   Spitz és Montague észlelései bizonyítják, hogy érintés hiányában nem fejlődnek a csecsemők – hiába táplálják őket előírás szerint. Dossey (1985) nyulakkal végzett kísérleteket és azt találta, hogy a koleszterindús étrenden tartott állatok közül jóval kevesebbnél fejlődött ki érelmeszesedés, amennyiben azokat a gondozók rendszeresen a kezükbe vették és meg-megsimogatták. Virginia Satir szerint az embernek lelki egyensúlya fenntartásához napi 4-12 kedveskedésre van szüksége.
4. Figyelem;
5. Tükrözés és visszhang;
   Amikor az anya arcjátékkal, mozdulatokkal vagy hangokkal válaszol a gyermekének...
6. Vezetés;
   Ez példaadás által éppúgy érvényesül, mint szavakkal vagy metakommunikációval (non-verbálisan).
7. Valós létezés;

8-10. Meghallgatás, részvétel és elfogadás;

11. Lehetőség a veszteségek elgyászolására;
12. Támogatás;
13. Elvhűség és bizalom;
14. Teljesítmény;

15-16. Tudatváltás, a megszokott hangulat megváltoztatása;

17. Szexualitás (testi-lelki kapcsolat egyaránt);
18. Szabadság;
19. Gondozás, táplálás;
20. Feltétel nélküli szeretet.

MEGHITT TÉMÁINK

Ahhoz, hogy újra felfedezzük belső gyermekünket, egy folyamatot kell elindítanunk, amelyhez legalább négyféle tevékenység tartozik:

1. Fel kell fedezni belső gyermekünket és gyakorolni kell tudni ezt a bizonyos valódi énünket.
2. Azonosítani kell fizikai, mentális-emocionális és spirituális szükségleteinket.
3. Meg kell szabadulnunk veszteségeinktől és traumáinktól (elgyászolás).
4. Azonosítani kell, majd feldolgozni meghitt témáinkat.

Whitfield (1987) a gyógyulási folyamat stációit a következőképpen jellemzi: 1. Túlélés. 2. Eszmélés. 3. Segítség.

Túlélés

A „túlélők" törvényszerűen kodependensek. Számos „lebíró" készséget és énvédelmet használnak. Az alkoholisták gyermekei és más megzavart, diszfunkcionáló családból származók csellel, bujkálással, tárgyalgatással, mások gondozgatásával, megjátszva, tagadva, tanulva és alkalmazkodva próbálják magukat felszínen tartani, hogy életben maradjanak. Tanulnak énvédő mechanizmusokat, amint azokat *Anna Freud* (1936) leírta és *Vaillant* (1977) összegezte. Ezek magukban foglalnak intellektualizációt, elfojtást, disszociációt, elmozdítást és reakcióformálást. Ezek bármelyikét túlzásba is szokás vinni, főleg, ha nagyon éretlen személyiség alkalmazza őket, vagy aki időnként pszichotikus.

S mivel ezek a védekezésformák a rosszul működő családban funkcionálnak, nem felénk, felnőttek felé irányulnak. Amikor mi részt akarunk venni egy egészséges kapcsolatban, a „túlélők" inkább sietnek elfojtani és megbénítani valódi énjüket (belső gyermeküket) és hamis, valamint kodependens énjüket tolják előtérbe. A nyilvánvalónak megélt túlélés fájdalmat és szenvedést vált ki, az emocionalitás általában a szenvedés és a bénulás között ingadozik. És hát ezek a nyomorúságos dolgok akkor jönnek különösen rosszul, amikor valaki egészséges akar lenni, s ennek érdekében meghitt kapcsolatokat akar létesíteni – felnőtt módon. Ezek bizony meglehetősen frusztráló hatású dolgok.

Gravitz és *Bowden* (1985) 6 stádiumban írják le a gyógyulási folyamatot. *Ferguson* (1980) 4, *Campbell* (1946) 3 szakaszt különböztet meg.

Minden szakasz fontos, jelenlétét azonban általában csak akkor észleljük, amikor a későbbiekben visszatekintünk rá. Amikor még benne vagyunk, másra is szükségünk van: vezetőre, tanácsadóra, terapeutára vagy szponzorra, illetve terápiás csoportra, amely az önsegítés (A.A.) főbb elvét követi – elsősorban *Gravitz és Bowden* (1985) leírásának megfelelően. (Itt mi némiképpen a másik két leírást is összevegyítettük az övékével és Whitfieldével.)

Eszmélés

Ez az a villanás, amikor észleljük, hogy a dolgok állása, a valóság nem az, aminek eddig hittük. Ez a felismerés némiképpen megráz bennünket, mert szembeállít egész hiedelemrendszerünkkel. Mivel valós énünk olyan rejtett, ugyanakkor a hamis vagy kodependens énünk pedig olyan szembeötlő, ez a bizonyos eszmélés nem egykönnyen jön létre. Számtalan gyermeki trauma ismeretében tanúsítja Whitfield, hogy a „belépési pont" vagy a „ravasz elkattanása" meglehetősen széles spektrumon következik be. Kezdődhet hallomás vagy olvasás útján, amikor valakik leírják a saját gyógyulásukat, valódi énjük rendbejövetelét. Más arról tudósít, hogy beteg és fáradt, vagy éppen kezd komolyan dolgozni egy életproblémáján – egy tanácsadás vagy terápia kapcsán. Megint más önsegítő összejövetelen (pl. A.A. meeting) vesz részt, nevelési élményt él át, egy könyvre bukkan vagy könyvet ajánlanak neki és így tovább.

Az eszméléshez némi zavar, félelem, hirtelen támadt lelkesedés, izgatottság, szomorúság, bénaság és harag társulhat. Ez annak is jele, hogy megint képes lett érezni... Megint érintkezésbe lépett saját magával, belső gyermekével, igazi énjével. Ezen a ponton egyesek esetleg feladják... Nem akarják folytatni. Könnyebbnek és kényelmesebbnek tűnik visszavonulni megszokott hamis vagy kodependens énjükhöz. Az újonnan támadt érzések ti. megfélemlítik őket.

A gyógyuló alkoholbeteg vagy drogfüggő avagy más improduktív viselkedés-függő (sokat evő, szerencsejátékos etc.) ezért szokott visszaesni. Esetleg új formáját is választhatja a pótcselekvésnek, pl. a pénzköltést, még ha kevés van is belőle... Ám az eszmélés alkalom lehet egész személyiségünk felfedezésére, „életességünk" elfogadására. De megkockáztathatjuk akár a boldogságot is...

Segítség

Ezen a ponton jól jön a szponzor, a tanácsadó vagy a terapeuta – segítségükkel felfedezhetjük és meggyógyíthatjuk belső gyermekünket.

A gyógyuló ember általában érzékeny, kissé zavart, félénk. Lelkesedik olykor, de ugyanúgy ellenállást is szokott tanúsítani. Ez különösen olyankor fordul elő, ha segítője maga sem gyógyult még meg teljesen, tehát belső gyermeke őneki sincs még rendben. Ennek következménye lehet átmenetileg a hamis énhez való „visszahúzódás", tehát hajlam a visszaesésre.

Iránymutatások

Ne igérjünk gyors és biztos válaszokat. Legyünk mentesek a dogmatizmustól, a merev, bírálgató magatartástól. Mi az, amit várnak tőlünk: az odafigyelés, a tükrözés, a visszhang, a megértés, az elfogadás és a tisztelet a bajban lévő iránt. Ezt a szponzor vagy embervezető is nyújtani tudja.

Az tud segíteni, aki maga előre haladt a saját belső énje gyógyításában. Szoktam mondani: ha legalább két leckével előbbre tart! Előfordulhat, hogy ilyenformán akár egy barát vagy egy iskolatárs is rendelkezhet az említett kvalitásokkal. A baj ott kezdődik, hogy általában sem barát, sem iskolatárs – rokonról ne is beszéljünk! – nem szokott teljes odaadással figyelni a lelkiekben bajban lévőre, pláne hogy sem képzettsége, sem tapasztalata nincs a segítő munkához. A barátok és a rokonok maguk akarnak téged a saját szükségleteikhez bevonni – néha egészségtelen vagy destruktív módon. Egyes barátok vagy rokonok ezenkívül előbb vagy utóbb elárulnak avagy visszautasítanak. Az is lehet a nóta vége, hogy mérgezettnek fogod érezni magad, esetleg „őrültnek". Ezeknek a gyógyulatlan, problémás embereknek a közelsége általában nem biztonságos. Ha megteheti valaki, lehetőleg el kell kerülni a velük való „összekeveredést".

Valószínűleg egy kis időbe belekerül, hogy úgy érzed, megkockáztathatod „kiadni" igazi énedet. Némelyik embernek viszonylag kevés időre van szüksége ehhez. Másoknak esetleg egy évnél is hosszabb idő kell. Elsősorban persze a terapeutával fontos megbeszélni és vele megosztani a félelmeinket. Ez az első lépés, egyben a legnehezebb és a legfontosabb is, mert itt kell megtörni a „jeget": korábbi érzés-megtagadó szokásainkat, amelyek a szégyen okozta gyermekségben „jegecesedtek ki". Az első lépést kisérő és követő bizalmas légkörben már bátran lehet továbblépni, őszinteséget kockáztatni, a legbensőbb titkokról hosszabb beszélgetést kezdeményezni, a leg-

nyomasztóbb félelmekről és gondokról szólni. *Whitfield* egyik előző könyvében (Alcoholism and Spirituality, 1983) adaptálta az epikus gyógyító módszert (story telling) az addiktológiai terápiára. Itt Hillman-ra is hivatkozik, aki ugyanebben az évben jelentette meg „Healing Fiction" című tanulmányát (1983). Jómagam egy évvel előbb (Orvosírók Világszövetsége, UMEM balatonfüredi világkongresszusa, 1982) már tízéves tapasztalatokról számolhattam be. (Erről l. Hősterápia c. könyvem „Az orvosíró és a pszichoterápia" című fejezetét, 1988). Itt most inkább az utóbbi évek amerikai szakirodalmának idevágó megállapításaival foglalkozom. A már idézett Whitfield így beszél erről: „Akár egyéni, akár csoport terápiában vagyunk, segít, ha beszélünk. Még ha kezdetben csak dadogva és akadozva is..."

Általában érezzük magunkat szabadnak és merjünk kérdezni is. Nagyon fontos számunkra a visszajelentés: hogyan megyünk át rögös gyalogutunkon, hogyan kászálódunk ki giz-gazos, hináros szövevényeinkből. Lényegében mindegy, milyen terápiát választunk, ha lehetőségünk nyílik benne kifejezni-kifejteni magunkat, akár szóban, akár írásban (napló, álmok elmondása, levelezés, konfliktusok együttes feldolgozása stb.) Whitfield arra figyelmeztet, hogy „ügyelj, ha magadról beszélsz, mert gyógyulásodhoz fontosak a következők: kezdd el világosan és röviden, különösen ha terápiás csoportban vagy, illetve önsegítő csoportban!" Hasznos dolog a csoportot megkérdezni, mit hogyan kívánnak hallani. Nyilvánvaló, hogy indulatáttételes hatás jön létre a csoportban és pozitív viszontindulat-áttét is, ami elsősorban az érzelmi elfogadásban nyilvánul mg (Jacoby, 1984). Fontos még, hogy pontosan fejezzük ki magunkat és olyannak mutatkozzunk, amilyenek vagyunk, a dühöt, a szégyenérzetet és a bűntudatot is ki kell mutatni. Meg kell ezt kockáztatni, mert csak így kezdhetünk hozzá belső gyermekünk „megmunkálásához".

Hogyan foglalkozzunk központi témáinkkal?

Téma lehet konfliktus, gond vagy potenciális probléma, akár tudatos, akár nem, amely nem „komplett" a számunkra vagy cselekvést, illetve változtatást igényel.

Legalább 14 központi témát kell feldolgozni belső gyermekünk gyógyítása során. Nyolcat ebből *Gravitz és Bowden* (1985), *Cermak és Brown* (1982), valamint *Fischer* (1985) írt le. Ezek a következők: a kontroll, a bizalom, az érzelmek, a túlzott felelősség, szükségleteink elhanyagolása, a „minden vagy semmi" gondolkodás- és viselkedésmód, az oda nem illő vi-

selkedés fokozott tűrése és az alacsony önbecsülés. Ezekhez csatolja még Whitfield a „reálisnak lenni"-t, az el nem gyászolt veszteségek elgyászolását, az elhagyástól való félelmet, a konfliktusmegoldás nehézségeit és a szeretet-adás, illetve elfogadás nehézségeit.

Ezek mint problémák, gondok, konfliktusok, esetleg mint sztereotíp mintázatok jönnek elő az életünkben. Jó is, ha előjönnek, feltéve, ha biztonságot nyújtó és támogató emberekkel vagyunk körülvéve. Sokszor ahhoz is idő kell, hogy kiderüljön, melyek a problémák közül az úgymond központi témák. Talán még témának sem látszanak egyik-másik esetben, nemhogy központiak lennének. Gyakran tűnnek csupán a mindennapi élet problémáinak. Bizonyos idő elteltével és némi fontolgatással általában sikerül rálelnünk, mi vagy mik azok a gondok, amelyekbe alaposan belebonyolódtunk. Nos, ezekből kell majd „kibonyolódni", és akkor viharsebesen szűnni kezd zavarodottságunk és elégedetlenségünk.

A „minden vagy semmi" gondolkodásmód és cselekvés

Ez az a fajta énvédelem, amit a terapeuták „splitting"-nek (szétválásnak és nem hasadásnak!) hívnak. Pl. valakit vagy szeretünk vagy gyűlölünk mindenestül, a középutat nem ismerjük. Környezetünket is vagy jónak vagy rossznak látjuk és nem olyan összetettnek, amilyen valójában. Ugyanígy járunk el önmagunk megítélésében. Minél gyakrabban alkalmazzuk a „minden vagy semmi" gondolkodást, az annál többször vezet el bennünket a „minden vagy semmi" viselkedéshez. Mindkét esetben egyre közelebb kerülünk a bizonytalansághoz és zavarhoz, amitől azután szükségtelenül is sokat szenvedünk. Nemegyszer tetézzük a bajt azzal is, hogy olyanokhoz kötődünk, akik hasonlóképpen gondolkodnak vagy viselkednek. Óvatlanságunk következménye szenvedésünk, esetleg kölcsönös szenvedésünk meghosszabbodása.

Mivel a „minden vagy semmi" jelleg az ún. toxikus szülői légkör bármelyikében előfordulhat, nem kizárt az sem, hogy az ortodox módon vallásos, ún. fundamentalista családok légköre szintén fenyeget hasonló veszélyekkel. Az ilyen családok is gyakran merevek, büntető és ítélkező hajlamúak, no meg perfekcionisták. Gyakran sugallják a szégyen-, illetve megszégyenítő szellemet, amellyel megpróbálják befedni és lerombolni az igazi ént.

A „minden vagy semmi" egyébként hasonlít az aktív alkoholizmushoz, sőt más vegyi függőségekhez, de a kodependenciához, a különféle addikci-

ókhoz és kötődésekhez is. Ezek ugyanis valamennyien keményen és irreálisan korlátozzák lehetőségeinket és beszűkítik választásaink skáláját. Lévén így korlátozva, úgy érezzük, hogy képtelenek vagyunk a kreativitásra és napról napra való életünkben a fejlődésre. Ahhoz már be kell indulni a javulásunknak, hogy megtanuljuk: életünk és gondolkodásunk nem alapulhat a „minden vagy semmin" és a „vagy-vagyon". Inkább talán az „ezen is, azon is". A legtöbb dolognak szürke az árnyéka, szám szerint valahol a 3-4-5-6 vagy a 7 tájékán helyezkedik el és nem a 0-án, de a 10-en sem...

A kontroll

A kontroll talán a legdominánsabb téma az életünkben. Akármit gondolunk és akárhogy viselkedünk, valahogy mindig ellenőrzést is gyakorolunk magunk fölött. Előbb-utóbb azonban be kell látnunk, hogy a kontroll teljességgel lehetetlen: minél jobban erőltetjük, annál inkább érezzük kontrollon kívül magunkat.

A kontroll mellett működik még a kötöttség is. Bölcs emberek találták úgy, hogy a kötöttség és a kontroll két olyan dolog, amelynek a puszta igénye is alapját képezheti szenvedésünknek. Persze, a szenvedés része az életnek. Mindnyájan szenvedhetünk, mielőtt elkezdjük eldönteni, melyik változatot választjuk alternatíváink közül. A szenvedés azonban az az ár, amellyel megvásárolhatjuk lelki békénket. Az alternatíva, amely csaknem minden esetben megszabadít a szenvedéstől, az a feladás. Ha feladjuk hamis vagy kodependens énünket és ragaszkodásunkat ahhoz a képtelen fogalomhoz, hogy valójában bármit is képesek vagyunk ellenőrizni. Az így megérzett szabadság lesz aztán igazi énünk, belső gyermekünk szabadsága.

Jó már most rögzítenünk, hogy ebben az értelemben a „feladás" nem önmagunk feladása, vagy katonai értelemben a harc feladása. Inkább jelenti a két „k" kísérletének és a vele való csatázásnak a feladását, s ezzel együtt a szükségtelen szenvedésről való lemondást (Whitfield, 1985). Sokan hiszik, hogy ha másképp nem, akkor akaraterejüket megfeszítve képesek ellenőrizni az eseményeket.

Némelyek még azt is hiszik, hogy magát az életet is képesek ellenőrizni. Sajnos, nehezen lehet megtanulni, hogy az Élet nem ellenőrizhető. Ez a nagy É-vel írott jelenség erős és titokzatos, no meg megy, mendegél előre és nem törődik vele, hogy mi mit gondolunk felőle, és egyáltalán mit csinálunk mi, és hogy mi van velünk (avagy mi lesz velünk)!

Az Élet nem kontrollálható, merthogy túlságosan gazdag, spontán és féktelen ahhoz, hogy teljesen kiismerhető és kitanulható legyen (Cermak, 1985).

Tehát sikerült tisztázni, hogy létezik kiút, a szenvedéstől való szabadulás útja. Ez nem más, mint az ésszerű lemondás, a bölcs feladás. Ezzel válhatunk fokozatosan az élet ko-kreátorává, amit Whitfield az „Alcoholism and Spirituality" című művében fogalmaz meg. Szerinte a spirituális aspektus jól be tud lépni a gyógyulási folyamatba. Ő az A.A. klasszikusnak számító 12 lépését említi elsősorban, de más spirituális jellegű „besegítések" is szóbajöhetnek.

Túlzott mértékben felelősnek lenni...

Sokan, akik zavaros és diszfunkcionáló családokban nőttek fel, túlzott mértékű felelősséget sajátítanak el, hogy bizonyos fájó érzéseket elkerüljenek, pl. haragot, félelmet és lelki sebet. Ez azt az illúziót adja, hogy övék a kontroll... Ám ami hatásosnak tűnt, az nem minden esetben az. A szakirodalom (Whitfield) egy 40 éves pácienst említ, aki mindig „igent mond", bármiről kérdezik, és ez sok szenvedést okoz neki. Az illető hosszabb csoportterápia és asszertív kezelés eredményeképpen megtanult „nemet mondani". Ezzel mintegy felfedezte valódi énjét, saját belső gyermekét.

Szükségleteink elhanyagolása

Szükségleteink megtagadása és elhanyagolása intim módon kapcsolódik a túlzott felelősséghez. Mindkettő a hamis én része. Az emberi szükségletek listáját a legjobb összeállítani és egy jól látható helyen kifüggeszteni vagy egyenesen magunkkal hordani. A terápiás folyamat kezdetén jó, ha kéznél van a lista, mert segítségével kezdhetjük el „beazonosítani" az embereket és a helyeket, ahol szert tehetünk majd szükségleteink kielégítésére.

Fokozatosan elérhetjük így, hogy elhisszük: mi vagyunk a „valakik", a legbefolyásosabb személyek, a leghatékonyabb lények a környezetünkben. És ahogy ezt érezzük, belső gyermekünk úgy kezd el eszmélni és növekedni; így válunk kreatívvá. *Virginia Satir* ezt mondta: „Szükségünk van arra, hogy úgy lássuk magunkat, mint alapvető csodát, szeretetreméltó lényt..."

A nem megfelelő viselkedés toleranciája

A megzavart és diszfunkcionáló családból származó gyermekek úgy nőnek fel, hogy nem tudják, mi a normális és egészséges. És mivel nincs más összehasonlítási alapjuk, amivel „tesztelhetnék" a valóságot, így azt gondolják, hogy az ő családjuk és az ő életük minden jóval és rosszal együttvéve az egyedül lehetséges (vagy a még lehetséges) élet. Ennek így kell lenni és kész!

Valóban, amikor summázzuk hamis vagy kodependens énünk körvonalait, azt úgy ítéljük, hogy minden szempontból elfogadható, sőt hogy nem is nagyon lehetne más...

A korrekció – feedback és szupervízió segítségével – úgy lehetséges, hogy lassan megtanuljuk, mi a normális és az egészséges. A szükséges tükröt szakképzett és számunkra biztonságos mások nyújtják.

T. harmincegynéhány éves csoporttag vallomása így szól: „Amikor gyerek voltam, tőrbecsalva éreztem magam valahányszor belehallgattam alkoholista apám irracionális beszédébe és elszenvedtem részeg viselkedését. És ez csaknem minden éjjel megismétlődött. Aztán valahányszor el akartam távolodni tőle, rendszerint a hétvégeken, erős bűntudatom támadt, ráadásul anyám is erősítgette, mennyire önző vagyok. Még most, felnőtt koromban is hagyom, hogy emberek rosszul bánjanak velem, hogy átgyalogoljanak rajtam. Mindaddig, amíg rá nem találtam a hozzám hasonló sorsúak csoportjára, szentül meg voltam győződve, hogy velem van baj, hogy én vagyok a rossz..." T. most tudatosítja a mások nem megfelelő viselkedésének túlzott eltűrését és ébred rá fokozatosan, hogy ez a magatartásforma senkinek sem jó, ezért ezt abba kell hagyni.

Az elhagyástól való félelem

Gyakran tapasztalható az elhagyástól való félelem azok között, akik megzavart és diszfunkcionáló családban nőttek fel. A félelmet a bizalom és a bizalmatlanság közti ingadozás szüli. Az ilyenek gyakran elnyomják érzéseiket, így nem kell félniük attól, hogy megsérülnek. A klienseink között sokan állítják, hogy őket igenis fenyegették szüleik: odaadják, eladják stb. ennek-annak őket, amikor még nagyon picik voltak. Olykor tréfálkozás akart lenni az ilyesmi, de ha nyomot hagyott a gyermekben, akkor ez is a gyermekekkel való visszaélés, a „child abuse" körébe sorolható. Még olyankor is, ha kényszerhelyzetben cselekszenek a szülők és hosszabb-rövidebb időre odaadják gyermeküket gondozásra valakinek, aztán visszaveszik.

Nehézség-kezelés és konfliktus gondozás

A problematikus családokban a gyerekek megtanulják elkerülni a konfliktust, vagy agresszíven megpróbálják legyőzni azt. Ha a szerzett rutin kudarcba fullad, kitérő utat választanak és valamiféle manipulációval próbálkoznak. Patológiás környezetben ezek a technikák segíthetik a túlélést, de egészséges kapcsolatba átvinni nem tanácsos őket, mert ugyancsak megbosszulják magukat. Belső gyermekünk kikúrálása itt abból áll, hogy az egyik konfliktusunkat a másik után kell felfedeznünk és türelmesen feldolgoznunk. Persze, ez csak meghitt terápiás kapcsolatban, pl. mikrocsoportban ajánlatos, de még így is számíthatunk egy-egy sebünk felszakadására. (Gyakori tapasztalat, hogy a legtöbb embert a csoporttagoknak is buzdítaniuk kell, hogy ne torpanjanak meg az elmondásban).

Egyik-másik ember inkább álmegoldást választ és úgymond „a maga módján" próbálja megoldani a konfliktust, mintsem hogy szemtől szembe nézzen vele és ezáltal nemegyszer komoly szenvedést is el kelljen viselnie. Pedig a konfliktus kezelésben és megoldásban elsőrendű szempont, hogy mi is benne vagyunk. Kockázatot vállalunk akkor is, ha biztonságban érezzük magunkat, ti. mindenképpen levetkőzünk és kibontjuk történetünket az azt kísérő érzelmeinkkel. Így tanulunk meg azonosulni a múltunkkal, ami bátorságot is igényel, de végül is megéri.

Hozzákezdeni beszélni a témáinkról

Amikor megosztjuk érzéseinket és gondjainkat a meghitt csoportunkkal, akkor egy történetet szerkesztünk, amit abban a légkörben másképp nem is tudnánk elmondani. Míg mások számára is hasznos meghallgatni a mi történetünket, a leghasznosabb, mert leginkább gyógyító hatású, a magunk, mint elbeszélő számára meghallani a saját történetünket. Mielőtt elmondanánk a „sztorinkat", még nem tudjuk pontosan, hogyan fog az végződni. De amikor bensőnkből, a szívünkből és a csontjainkból előhozzuk a mondanivalónkat, akkor az igazságot fedezzük fel magunkról. És ez az, ami gyógyít. A gyógyulási folyamat elején még felületesen éljük át a témánkat: kodependens énünk akkor még gyakran álruhába öltözteti őket, talán még tetszelegni is akarunk általuk... De az alapos feldolgozás és a meghitt környezetben történő előadás; ez a végső tisztázás az, ami azután segít.

Érzelmeinkkel való foglalkozás

Érzéseinkre figyelni és velük konstruktívan foglalkozni roppant fontos dolog belső gyermekünk kezelési folyamatában. A megzavart és diszfunkcionáló családban felnőtt egyén például arra sem alkalmas, hogy érzelmi szükségleteit megfelelő módon kielégítse. Ugyanakkor az meg rossz neki, hogy úgy érzi, nem szeretik őt az elképzelt módon. Mivel az ilyen családok tagjai, elsősorban maguk a szülők, általában hajlanak arra, hogy ne figyeljenek egymásra, érzelmileg ne támogassák egymást, gyakran senki sincs, akivel az ilyen nélkülöző az érzelmeit megossza, akivel barátságot kössön vagy akinek a baráti közeledését kellőképpen viszonozza. Az érzelmi űr pedig nehezen elviselhető; erőszakkal persze elhessegetheti magától az ember, de ennek következményei szoktak lenni: a fokról fokra kialakuló dermedt, béna érzés, a csaknem teljes érzéketlenség. Amikor ez létrejön, nemcsak érzelmi, de szellemi és lelki fejlődésünk is megáll. És nemcsak ezt éljük át, hanem frusztráltak is leszünk és zavartak. Sőt valahogy áldozatok is, előbb a környezetünk, majd lassanként a fél világ áldozatává. Kiút ebből csak az imént ismertetett elbeszélő, átélő módszer lehet, amit bizalmas körben, hasonló rászorultak társaságában, egymást segítő módon valósítunk meg.

„Nem szükséges mindent tudnunk az érzésekről. Elegendő annyi is, hogy az érzések fontosak, valamennyiünknek vannak, és az az egészséges, ha megismerjük őket és beszélünk róluk. Így a barátaink lehetnek; tisztán kezelve sohasem csalnak meg bennünket, nem veszítjük el felettük a kontrollt, mert nem igaz, hogy elborítanának minket, ha nem vigyáznánk magunkra, ahogy tartunk tőlük általában" – írja Whitfield, majd így folytatja: „Hiszen érzelmeink által érzékeljük magunkat. Ők a mi reakcióink a környező világra." Érzelmeink révén érezzük, hogy élünk, állítja Viscott is (1976), mert nélkülük nincs reális tudatunk az életről; ők összegezik tapasztalásunkat és mondják meg, hogy jól vagyunk vagy rosszul. Ők a legsegítőbb láncszem magunkhoz, másokhoz és a bennünket körülvevő világhoz.

Az érzelmek spektruma

Az örömteli érzelmek erős érzést nyújtanak, jólétet és befejezettséget sugallnak. Nem így a kellemetlen érzések. Ezek ugyanis interferálnak más kellemetlenekkel, kiaknázzák energiánkat, és kimerültséget, üresség- és magányérzést hagyhatnak vissza. Ugyanakkor bármilyen kellemetlenek, vala-

miféle üzenetet hordoznak, amire oda kell figyelnünk, pl. hogy valami történik bennünk, a szervezetünkben. Úgy működnek, mint jelzések, mint valami műszerek arra vonatkozóan is, hogyan cselekszünk egy adott időben. Hatásosnak is érezhetjük magunkat általuk.

A jobb áttekinthetőség érdekében felsoroljuk az érzelmeket, és akkor így fest majd a kép:

Valódi én

Feltétlen szeretet
Boldogság
Öröm
Részvét és empátia
Lelkesedés
Elégedettség
Félelem
Sérelem
Szomorúság
Szégyen és bűntudat
Harag
Zavartság
Üresség
Dermedtség

Kodependens én

Ilyen módon vizsgálva érzelmeinket azt látjuk, hogy valódi énünk, mondhatjuk úgy is, hogy belső gyermekünk szélesebb spektrummal rendelkezik, mint a kodependens, tehát a jókora frusztrációt elszenvedett (vagy most is elszenvedő!) énünk. Reális és igazi énünket erős énnek is lehet nevezni, azaz hajlékony és kreatív énnek. Ez az életben simán gördül. Ezzel szemben a frusztrált, kodependens énünk nagyobb korlátozottságnak van kitéve – a fájdalmasabb érzések ezért tartoznak hozzá! Rá jellemzők a semmilyenérzések, amilyen a dermedtség vagy zsibbadtság is. Kodependens énünk arrafelé tendál, hogy a „gyenge én"-nel kapcsolódjék össze, a kevésbé hajlékonnyal, az egocentrikussal és a merevebbel. Úgy látszik, azért, hogy elfedjük a fájdalmat és a negatív behatást, viszonylag egészségtelen én-védelmet alkalmazunk: szűkebb spektrum révén kisebb lehetőséget adunk a „rossznak", csekélyebb választást...

A túlélésre „spekulálva", az a személy, aki zavart környezetben nőtt fel vagy jelenleg is abban leledzik, valahogy arra törekszik, hogy érzelmi arzenálja korlátozott legyen.

Amikor nem tudunk érezni, el vagyunk zárkózva. Ebben az állapotunkban nem tudunk kommunikálni sem, hiszen valódi énünk megközelíthetetlen. Amíg csak felületesen, úgymond „riportszinten" beszélünk a dolgokról, addig személyközi interakcióink is szegényesek és laposak, de az élet átélése is alacsony szinten mozog. Ezt a stádiumát a fejlődésnek és megosztásnak tekinthetjük *1-ső szintnek.*

A *2-dik szinten* kezdhetjük el feltárni érzelmeinket.

Itt már megindul az elemi kommunikáció: ez lehet a beszéd közben megnyilvánuló egy-egy gesztus, egy-egy rokonszenv megnyilatkozás vagy annak viszonzása; általában olyan manifesztumok, amelyek azért semmire sem köteleznek bennünket (a legtöbb munkatársi, üzlettársi, útitársi vagy egyéb felületes kapcsolat gyakorlása zajlik ezen a szinten).

Amint kezdjük feltárni és megismerni igazi énünket, úgy tárulnak fel mélyebb érzéseink is. Ezeket már képesek vagyunk el-elmondani másoknak is, ami által mentálisan is nyitottá válik számunkra a fejlődés útja, de spirituálisan is „megpendül" a fejlődésünk. Amikor érzelmeinknek ezt a következő, már a *3-dik szintjét* elértük, képességet szerzünk arra, hogy másokkal, persze csak intim körben valódi meghittséget éljünk át. *Ez már a barátság* „teszt-értéke", és ehhez nem elég a frusztrált, kodependens én, hanem a valódi, az igazi én-re van szükség.

Érzelmeink megosztása

Előfordul, hogy olyan valakivel készülünk megosztani érzéseinket, aki csak az első vagy jó esetben a második szinten funkcionál. Vagy úgy tűnik, mintha figyelne, de hamar kiderül, mennyire csak magával van elfoglalva. De olyan valakivel is akarhatunk „osztozni", aki nem megbízható vagy nem segítőkész, esetleg vissza is él a bizalmunkkal és „közreműködése" csalódást okozhat nekünk.

A terápia kezdetén nehéz eldönteni, kivel osszuk meg érzéseinket és általában kivel lehetünk bizalmasak. Van olyan egyszerű technika, amelyik eligazíthat bennünket: az oszd meg – ellenőrizd – oszd meg! technika ilyen (Gravitz, Bowden, 1985). Ez abban áll, hogy amikor érzésünk és általában mondandónk nagyon feszít és szeretnénk már megosztani valakivel vagy valakikkel, helyesen tesszük, ha óvatosan indítunk. Egy keveset mondjunk csak el először, aztán várjuk meg a hatást. Ha az a másik vagy egy kezdő csoport nem hallgat meg minket vagy ha mindjárt bírálni próbálnak, illetőleg felületes információ alapján nyomban tanácsot akarnak adni nekünk, a leg-

jobb, ha egyelőre nem folytatjuk az elmondást. Általában ne elégedjünk meg azzal, ha valaki első látásra szimpatikusnak tűnik, esetleg erre törekszik is az illető, már ti. arra, hogy rokonszenvesnek nézzük őt. Várjunk egy kicsit, tehát bízzuk az időre bizalmunkat.

A közeg, amelyen belül a leghamarabb létrejön a bizalmas légkör, tapasztalatom szerint a 3 és 6 fő között variáló önsegítő, ún. *mikrocsoport* szokott lenni.

Ahogy egyre jobban elengedjük magunkat és egyre megnyugtatóbbnak érezzük a csoport légkörét, annál érzékletesebben megfigyelhetők lesznek számunkra érzéseink. Mintegy rálátásunk támad, vagy inkább „ráhallásunk?" És *ez már a 4-dik szint.* Itt aztán tökéletes harmóniában vagyunk az érzelmeinkkel. Azok nem borítanak el és nem nyomnak agyon bennünket, nem múlnak felül és nem irányítanak minket: *nem vagyunk már az áldozataik.*

Érzelmeink átalakítása

Minden érzelemnek van egy ellentéte. Amint valamennyi fájó és negatív érzésünknek a tudatára ébredünk és amint valamennyit át is éljük, valósággal el is hessegetjük őket: hadd menjenek tovább! Ti. máris át tudjuk alakítani „kínjainkat" örömteli érzésekké is akár... Ez az együttes átélés teszi lehetővé, hogy hálát kovácsoljunk a fájdalomból és az átokból, vagy éppenséggel örömöt és ajándék-érzést.

Pozitív és negatív érzelmeink
(Rose, A. I. et al., 1972)

Remény	Félelem
Ragaszkodás	Harag
Öröm	Szomorúság
Szeretet	Gyűlölet
Közösségi érzés	Magány
Megenyhülés	Ártalom
Bevonódás	Unalom
Elégedettség	Meghiúsulás
Egyenlőség-érzés	Kisebbrendűség
Bizalom	Gyanakvás
Vonzódás	Elutasítás

Kíváncsiság _ _ _ _ _ _ Szemérmesség
Megvilágosodottság _ _ _ _ Zavartság
Támogatás _ _ _ _ _ _ _ Elutasítás
Elégedettség _ _ _ _ _ _ Kielégítetlenség
Erősség _ _ _ _ _ _ _ Gyengeség
Ártatlanság _ _ _ _ _ _ Bűnösség
Büszkeség _ _ _ _ _ _ _ Szégyen
Telítettség _ _ _ _ _ _ _ Üresség

Érzelmeink összhangban kell, hogy legyenek az értelmünkkel és az akaratunkkal. Csak így tudunk normálisan élni és fejlődni. Ha megtagadjuk vagy elfojtjuk őket, akkor blokkolódnak és betegséget okoznak. Hibás gyakorlatunkból következőleg ez túlságosan sűrűn megtörténik velünk és a klienseinkkel. A kiutat ilyenkor minden esetben csak fáradságos és sajnos, többnyire fájdalmas munkával találhatjuk és kövezhetjük ki. Ezt az áldozatot azonban sohasem takaríthatjuk meg.

Silvan Tomkins (1962-63) évtizedekre előremutató megállapításokat tett az emóciókról (Affect, Imagery, Consciousness I-II.). Szerinte emócióink közvetlen élmény-alakzatok. Amikor ezeket átéljük, közvetlen kapcsolatba kerülünk (vagy közvetlen kapcsolatban állunk) fizikai valóságunkkal. Mivel emócióink energia-formák, így fizikai természetűek. Testünkben fejeződnek ki, de még mielőtt tudatosan rájuk eszmélnénk.

A szerző 9 olyan emóciót különböztet meg, amelyek arckifejezésünkben is megnyilvánulnak, s már a gyermek arcizmaiba is be vannak programozva. Kutatók kimutatták, hogy a legkülönbözőbb kultúrákban ugyanazokat az emóciókat fejezik ki az emberek. Bázis-kommunikációk tehát ezek, és a biológiai túlélésünkhöz szükségesek. Amint növünk és fejlődünk, az emóciók alapvető tervrajzot képeznek a gondolkodásunkhoz, cselekedeteinkhez és döntéseinkhez.

Tomkins úgy tekinti az emóciókat, mint velünk született biológiai motivátorokat. „Olyanok ezek, mint az üzemanyag a gépkocsiban" – írja. Igen, hát emóció nélkül semmi sem fontos a számunkra, velük viszont „minden számít".

A szerző elméletében a hat elsődleges motivátor az érdeklődés, a gyönyörszükséglet, a meglepetés, a kínszenvedés, a félelem és a harag. Úgy tartja, hogy a szégyen csak „kisegítő" emóció. Lényege egy hirtelen és váratlan leleplezés, megvilágítás, ami megállítja vagy legalábbis korlátozza a történést és előrehaladást.

A rossz íz és a rossz szag velünk született védőreakciók. Ha valami ártalmas ingert észlelünk, a felső ajkunk és az orrunk felhúzódik, fejünk pedig hátrahajlik. Ha ilyesmit ízlelünk vagy lenyelünk, azonnal köpni kell vagy öklendezni. De a nem fizikai negatív ingerre is viszolygással reagálunk.

Tomkins szerint az emóciók a mi legnagyobb erőnk. Azért léteznek, hogy a legelemibb szükségleteinket védelmezzék. Ha ezeket veszély fenyegeti, az emocionális energiák jelzéseket adnak.

Az érett, egészséges emberben az emóciók szabadon működnek. Ha azonban el kell nyomni őket, akkor az érdeklődés ellankad, a kíváncsiság lereszt. Mivel szüleink is ezt élték át, így nekünk sem engedhetik meg ezeket az érzéseket. A gyermeknek ugyanis restellkednie illik, ha mód felett izgatott, kíváncsi vagy faggatódzni szeretne...

Az *egészségesen funkcionáló házasságra* azt tartják jellemzőnek, hogy a fő komponens a házastársi vonzalom és partnerség. Továbbá: minél egészségesebb a család, annál jobban különböznek egymástól a gyermekek, és minden egyed eléri és kifejtheti természetadta tehetségét.

Virginia Satir (1972) szerint ez a tehetség azonos az öt szabadsággal:

1. Látni és hallani (érzékelni), ami itt és most van, és nem azt, ami volt, ami lesz vagy kellene, hogy legyen.
2. Szabad legyen azt gondolni, amit az ember gondol, és kevésbé azt, amit gondolni kellene.
3. Azt érezni, amit érzek – inkább, mint amit éreznem kellene.
4. Szabad legyen azt akarni és azt választani, amit akarok és nem azt, amit akarnom kéne.
5. Szabad legyen elképzelni önmegvalósításomat, és nem merev szerepet játszanom, vagy azt, ami biztonságos.

És most lássuk, hogy néz ki a rosszul funkcionáló családrendszer!

Amint mondtuk: a családrendszerben a fő komponens a házastársi kapcsolat. Tapasztalati tény, hogy a diszfunkcionáló egyének mindig találnak hasonlóan diszfunkcionáló társat maguknak. A kompulzív-addiktív készség több nemzedéki jelenség. Ti. a jól differenciált, érett felnőtt emberre a következő ismérvek jellemzőek:

a/ érzelmei különböznek a gondolataitól (l. még S. Tomkins elméletét);

b/ fizikai, emocionális és intellektuális énje különbözik a partnerétől;

c/ saját felelőssége van mind a maga, mind a másik boldogságáért.

Az ilyen felnőtteknek érett egyéniségük van és kapcsolatukban is függetlenek tudnak maradni. Ez tehát korántsem jelenti azt, hogy a független

egyénnek ne lenne szüksége a másik szeretetére és törődésére, sőt az ilyen pontosan tudja, hogy csak is egy másik nemű egyén tudja őt boldoggá tenni.

Itt kell eloszlatni egy tévhitet, amely azt tartja, hogy a házasságban a két fél képes kiegészíteni egymást, tehát képesek egymás hibáit korrigálni. A tapasztalat ugyanis inkább azt mutatja, hoy az ilyenek többnyire csak fölerősítik egymás hiányosságait. Azaz együtt még tökéletlenebb egység jön létre, mint amikor mindketten külön voltak. *J. Bradshaw* szerint ez a magyarázata sok kudarcos házasságnak. A két deficites egyed jobbára csapdát állít vagy hálót alkot, de a legritkább esetben képez sikeres kapcsolatot. Egy csapdahelyzetből pedig senki számára nem nyílik kiút. A feszültség az ilyen házasságban nőttön nő, a felek a legtöbbször elválni sem tudnak. Valami emocionális szimbiózis tartja őket össze, amely talán még a fantázia-kötődésből táplálkozik. Csakhogy most ők válnak kötötté, mint két ember egy csónakban. Valahányszor az egyik megmoccan, a másik is mozdulni kényszerül.

Egy egészséges kapcsolatban a vágyódás tartja össze a feleket és nem a kényszerű szükség. Két ember, aki egymás teljessége fölött őrködik, a vigyázás és a gondoskodás által maga is gyarapszik. Mindketten segítik növekedni a másikat. Az ilyen kapcsolatban normális feltétel, hogy le kell mondani a másik ellenőrzéséről, bírálgatásáról és a gyanakvó vádaskodásról. Az ilyen tiszta levegőjű közegben mindenki szabad tud maradni, legfőképpen azért, mert az „öt szabadságot" tudja gyakorolni. Az ilyen kapcsolatban az ember feltétel nélkül fogadja el a másikat, ti. a feltétel nélküli szeretet valósul meg benne. Ez pedig „királyi út" a teljességhez. (...)

Avar Pál: Embervezetés. Kézirat-hagyaték, 1993*

* A II. fejezet 1. és az V. fejezet 1. tanulmányrészlete, együttesen, voltaképpen csak egy szerencsésen előkerült töredék Avar Pál posztumusz könyvéből (melyet a szerkesztő rendezett sajtó alá), s özvegyének köszönhető, hogy közlése így is lehetségessé vált. Csupán reménykedhetünk, hogy a hiányzó részek és az irodalomjegyzék is megkerül, s valamikor a teljes mű publikálható lesz. (Szerk.)

2.

Az alkoholbetegek kezelése a világ minden tájékán a legnehezebb orvosi feladatok közé tartozik. A nehézséget nemcsak a viszonylag alacsony gyógyulási százalék (kb. 20-30) okozza, hanem az is, hogy a józan emberek sokkal kisebb türelmet tanúsítanak az alkoholisták iránt, mint más betegek iránt. Az alkoholizmus sokkal inkább számít *rosszaságnak vagy normaszegésnek,* mint betegségnek. S mivel ez a közfelfogás, ez tükröződik maguknak a betegeknek a tudatában is, akik ezért aztán sokkal gyakrabban éreznek *szégyent és bűntudatot,* és akarnak bűnhődni italozó magatartásukért; tehát nem a gyógyulásukat keresik.

Ezenfelül említésre méltó, hogy korunkban mind több az olyan ember, aki élete folyamán gyakran szed gyógyszert. Az orvosi gyakorlat sokszor ír elő nyugtatót, fájdalomcsillapítót, altatót és más szereket, ha nincs is nagy bajról szó és a beteg nyugodtan elviselhette volna a kellemetlen érzést. De mert a civilizált ember minden szenvedést, gyakran a jogos idegességet, de még egy fejfájást, vagy a nők a menstruációval járó görcsös feszültségeiket azonnal meg akarják szüntetni, ezért aztán a gyógyszereknek egész arzenálja gyűlik össze a házipatikában. Különösen rossz, ha a házipatikából nemcsak a felnőttek, de a gyermekek is korán részesülnek, és így hamar elsajátítják a felnőttektől, hogy *mindenfajta diszkomfort-érzést rögtön a kezdet kezdetén radikálisan elhárítsanak.* Az ilyen kínkerülő, örömelvű magatartás (Freud) azután annyira szokásunkká válik, hogy később, felnőtt korukban, amikor szembekerülnek akár a legkisebb nehézséggel, nyomban a leghozzáférhetőbb és valljuk be: a leghatékonyabb módját fogják választani az „öngyógyításnak". Ez pedig nem más, mint az alkohol, különösen annak tömény formája, esetleg valamilyen gyógyszerrel együtt.

A közvetlen környezetben eltanult megoldást azután a tömegtájékotzatási eszközök is alátámasztják. Ma már nem képzelhető el olyan film, legyen az krimi vagy lélektani dráma, a szereplők – ahogy az első konfliktus felmerül – ne igyanak tüstént whisky-t vagy konyakot, és rá ne gyújtsanak egy jó erős cigarettára.

Kohlberg és munkatársai vizsgálták ezt a kérdést és úgy találták, hogy a technikailag civilizált társadalomban egyre gyakoribb jelenség: a felnövő fiatalok hajlamosak a *gyermeki stádiumba visszatérni.* Az 5-7-től 13 éves kort szerintük az instrumentális egocentrizmus jellemzi. Relativizmusnak is nevezik ezt a kort, mert viszonylagosságot és így függőséget jelent a szülői-iskolai intézménytől, amellyel „adok-veszek" kölcsönösségi alapon közlekednek. Meghatározott kedvezményeket csikarnak ki egy-egy teljesítményükkel (jó pontjaikkal, jó jegyeikkel). Ezeknek az érdemeknek a beváltásáról azután a szülői ház, de az iskola is egy kialakult értékskála szerint gondoskodik. Ebben a stádiumban ragadnak meg vagy ide kerülnek vissza azok a tizenéves korukat meghaladott, de még mindig védelmet és kényeztetést élvező fiatalok egyre nagyobb tömegei, akik nem kívánnak felnőni arra a korra, amennyi évet mutat nekik a naptár.

A civilizált jóléti társadalmakban a felnőtt lakosság is gyakran mutatja a gyermeki relativizmus vagy instrumentális egocentrizmus jegyeit. Az ilyen egyedeknél *montázs-személyiségről* beszélhetünk. Ez a fogalom fejezi ki azt a képet, amelyen egyszerre találhatók meg a felnőtt vonások, a kamaszjegyek és a gyermeki ismertetőjelek. A körülmények, a csoport erővonalai, esetleg a terápia befolyása adhat nyomatékot egyik vagy másik jellegnek. Egy munkacsoportban, amelyen éveken át magam is tevékenykedtem, arra törekedtünk, hogy a dependenciára alapot adó gyermeki „élvező" vonásokat elhomályosítsuk, és erőteljesen támogassuk a gyermekkornak élesen hátat fordítani akaró kamasz-törekvéseket. És ha a montázs-képben a felnőtt identitásra árulkodó jegyek is felfedezhetők voltak, úgy ezeket is igyekeztük aláhúzni. Egy példát erre, csak a fogalmi tisztázás kedvéért!

E. Ferenc 30 éve szakmunkás, felesége és anyósa erélyes fellépésére jelentkezett elvonókúrára. A két asszony személyesen kísérte el a férfit, akinek néhány héttel azelőtt született meg második gyermeke, és a családi tanács – az após hallgatólagosan beleegyezett az asszonyok döntésébe! – határozata az volt: egy kétgyermekes apának nem szabad annyit innia, amennyit E. Ferenc iszik; nem szabad részegen veszekedéseket rendeznie valahányszor ittasan hazamegy, és ittasságát szóvá teszik otthon... A beteg másnap, amikor kijózanodott, mindig belátta, hogy helytelenül viselkedett és elhatározta, hogy megváltozik. Ilyen szándékát nyilvánította ki a gondozóban is, ahol elvonó kezelését kérte. Ahogy újszülött gyermekét említette, aki történetesen kislánynak született, hirtelen elsírta magát. „Mindig lányt szerettem volna – mondta –, és mire a kívánságom teljesült, én magam teljesen lezüllöttem!" Amint anamnézisét megismertük, kiderült, hogy E. Ferenc kedvenc szóra-

kozása volt kamasz korában a fényképezés. Megkértük hát, hogy csak úgy hobbiból örökítse meg a gondozónk helyiségeiben működő A.E. (alkoholizmus elleni) klub műsoros rendezvényeit és kirándulásait. A programokban a feleség és az anyós, valamint az elsőszülött gyerek is gyakran részt vett. Ők is rákerültek hát a felvételekre és dia-lemezekre. E. Ferenc ezek után azt a feladatot kapta, hogy két részegeskedő munkatársát is hozza el a gondozóba, elvonókúrára. A korábban dependenciára hajló, minden gondját-baját alkohollal csillapító, gyermekien egocentrikus férfi a kezelés megkezdésétől fogva absztinens tudott maradni. Szabad idejében fényképezett, mint kamaszkorában. Önmaga hívta elő és másolta a fényképeket saját, újonnan felszerelt laboratóriumában. Még a felnőttség irányába is befolyásolhattuk őt azzal, hogy felelősségtudatát felkeltettük két bajban lévő munkatársa iránt. Így kapott hangsúlyt E. Ferenc kamasz és felnőtt személyisége, aminek eredményeképpen gyermeki énje fokozatosan elhalványult. Ezzel egyidejűleg képes volt felhagyni italozásaival és kocsmai szesztestvéreivel is szakított.

Modell-esetünk azt a helyzetet tükrözi, amikor viszonylag könnyen, minden különösebb komplikáció nélkül volt lehetőségünk pozitív irányban hatni egy alkoholbetegre. A jó eredmény az esetek többségében azonban ennél jóval nehezebben születik meg.

A már említett munkacsoportunknak az volt a megfigyelése, hogy a *válságállapotban* hozzánk fordult betegek esetében jobb gyógyulási eredmények születtek, mint ahol válság nem állt fenn. Megpróbáltunk a kérdésnek utánajárni, s ezért elkezdtük gyűjteni 1/ a hosszabb ideje, legalább egy éve tartósan absztinens betegek anamnesztikus adatait (74 beteg). Ezzel ellentétes csoportba gyűjtöttük a 2/ gyakran visszaesők táborát (58 beteg).

Mind a két csoport betegeinek kórtörténetében azt vizsgáltuk: állt-e fenn krízis-állapot, amikor a beteg az elvonókúrára jelentkezett vagy sem?

A válságállapot a káros szenvedélyek rabjainál általában könnyen megállapítható és nem ritkán autoagresszióval (öngyilkossági veszély) is fenyeget. A lejtőn megállni nem tudó beteg olyan szélsőséges konfliktus-helyetbe képes sodródni, amely nagy nyomatékot adhat neki ahhoz is, hogy végre orvoshoz forduljon és gyógyulása reményében a legkellemetlenebb procedúrát is vállalja. A kiélezett és nemegyszer megsemmisüléssel fenyegető helyzet nélkül a kellemetlen hangulat és közérzet mesterséges megszüntetését oly serényen gyakorló szenvedélybeteg önkéntesen nemigen szánja rá magát az elvonó kezelésre. Ám lehetségesek ilyenkor is olyan *racionális döntések,* amelyeket pl. valamely nehéz anyagi helyzet, vagy hatósági kényszerintézkedés vagy a hanyatló egészségi állapot féltése stb. vált ki, s ame-

lyekben a válság tüneteit nem, vagy alig lehet felfedezni. Az absztinenciát ezekben az esetekben a beteg ésszerű döntése alapján választja. Ez a ritkább eset. Ugyanolyan ritka, mint az örökösen visszaeső betegnél a felismerhető válságállapot. Több szerző a kórházban történt ápolást is úgy értékeli, mint az addig esetleg nem jelentkező válság kiforszírozását (Burgess, Baldwin, 1981). A kórházi rezsim a maga drasztikus voltával általában alkalmas arra, hogy krízist okozzon a hospitalizált betegben, illetve, hogy a meglévő, de eladdig csupán lappangva zajló válságot felgyorsítsa, hevennyé, esetleg hiperakuttá is tegye.

Ami vizsgálataink számadatait illeti, úgy találtuk, hogy a 74 tartósan absztinens beteg közül 59-nél állt fenn válságállapot, amikor az alkoholgondozóba került. Ez a betegeknek pontosan a 80%-a volt. Az ellentétes, a gyakran visszaeső csoportban az 58 beteg közül ezzel szemben csupán 18 esetben volt kimutatható krízis. Ez az eseteknek mindössze a 31%-a. Joggal vetődhet fel a kérdés, hogy a megfélemlítéssel ható ún. detterrens kezelés (Anticol, Antaethyl tabletta, vgy Disulfiram beültetés) nem az általa okozott krízis révén képes-e az absztinenciát létrehozni és fenntartani?

A krízist természetesen nemcsak megállapítani (vagy okozni) kell, hanem *be is kell tudni avatkozni* a válság megoldása érdekében. „Bis dat, qui cito dat!" (Kétszer ad, ki gyorsan ad. Latin közmondás.) A beavatkozás a „cry for help" (segélykiáltás) állapotokban, azaz a preszuicidális szindrómában – a szakirodalom tanúsága szerint – általában megelégszik a gyors és ezért többnyire felületes segítségnyújtás módozataival. Régi tapasztalat, hogy egyik-másik makacsul ivó alkoholista is néha egy csekélyke beavatkozásra, pl. egy érzelemre ható beszélgetés hatására egész váratlanul, egyik napról a másikra képes abbahagyni az ivást. Természetesen jobban bízhatunk egy komolyabb és mélyebbre hatoló intervencióban, amire munkánk során ugyancsak sort kerítettünk.

A krízis személyiségfejlesztő, kreatív alternatíváját támogatta a betegek múltjából felhozott sikeres, ún. *heroikus élményeknek* az exploráció során történő epikus feldolgozása.

Ez legtöbbször *én-erősítő* hatásának bizonyult és nem egyszer az euforiához hasonló hangulatot idézett elő a betegben. Az alkoholizáló életmód miatt keletkező gyakori frusztráció a legtöbb esetünkben beszűkítette az egyén tudatát. A múltbéli pozitív történések, jó teljesítmények felidézését törvényszerűen követte valamiféle felszabadulás-érzés, amit a beteg úgy élt meg, mintha a káros szenvedély hosszadalmas rabságából hirtelen kiszabadult volna. A terápiás csoportban vagy A.E.-klubban, annak egy meghittebb

közösségében „több folytatásban" elmesélt heroikus epizód gyakran olyan mértékben segítette a felnőtt identitás megszilárdulását, hogy az így elért hatást mindenképpen többnek kellett minősíteni egyszerű intervenciónál. *Redempciónak* neveztük el, ami kiváltást, kimentést, vagyis az állapot szakszerű megoldását jelenti.

Már *G. Caplan* (1961) feltételezte, hogy aki orvoshoz fordul, annál a krízis-állapot valamilyen változata megtalálható. Ez szerinte sem rossz. Éppen ellenkezőleg: komoly lehetőséget kínál a személyiség kreatív fejlődésére.

A civilizált ember probléma-megoldó tevékenysége akár egyik vagy másik, akár valamennyi csoportjában egyidejűleg általában nem zajlik mindig simán és zökkenőmentesen. Időközönként az átlagosnál nagyobb akadályok merülnek fel, amelyek alaposan próbára tehetik az egyén képességeit. Énerős ember esetében a *frusztráció-tűrőképesség* is jelentős lehet. S valahányszor a nagyobbacska probléma megoldása végezetül sikerrel jár, az ilyen ember a győzelem érzése által énerejében tovább gyarapszik. Csak az torpan meg a feladat előtt, aki eleve gyengének tudja magát. És az roppan össze, aki túlbecsülte erejét és képességeit. A bekövetkező válság a frusztráció szabályai szerint alakul ki és a négy klasszikus reakció (agresszió, regresszió, fixáció és rezignáció) valamelyikében realizálódik. (Egynél több egyidejű reakció fellépése sem megy ritkaságszámba.)

Maier és Brown a termelőszférában, az ipari pszichológia keretei között észlelte s írta le a frusztráció jelenségét, a frusztrált személyiség viselkedési jegyeit, a környezet rideg közönyét és a ritka sikeres megoldási módozatokat. Megállapításaik a szociálpszichológiai szakirodalom legbecsesebb fejezetei közé tartoznak.

Amíg a legcsekélyebb esélye van a megoldásnak, az egyén általában agresszióval próbálkozik. Ha azonban a támadás nem járt eredménnyel, tehát nem sikerült elhárítani a frusztráló okot, nemsokára a regresszió szokott bekövetkezni. A frusztrált egyén kicsire zsugorodik össze, gyönge lesz vagy beteg, indulatait voltaképpen maga ellen fordítja. a fixáció pedig kezdetben elkeseredett, később szokványossá, sztereotíppé váló ismételgetése az eredménytelen megoldási kísérletnek. Mígnem a rezignáció egy elfojtott és hidegre tett agresszív emóciónak tekinthető.

Valamennyi esetben bekövetkezik és fennáll a *tudat beszűkülése*, amelynek során az illetőnek nemcsak az érintett (kudarcos) csoportbeli helyzete válik kérdésessé, de a többi csoportban elfoglalt átlagos vagy esetleg kifejezetten kedvező helyzete sem tudja őt vigasztalni vagy kárpótolni a csődért.

Annál kevésbé, mert a *csőlátásig* szűkült tudatba ezek az egyéb csoportbeli közepes vagy kimondottan pozitív eredmények, tudattartalmak be sem jutnak. Egy hasonlattal élve: a tudatból kiszorult területeket, szociális mezőket valamiféle szubjektív árterületként is felfoghatjuk, ahol a krízis és a frusztráció időtartamára mindenfajta jó és rossz tartalom is „víz alá került". Ahhoz, hogy a helyzet megforduljon, valakinek be kell avatkoznia. Magától ritkán következik be alapvető fordulat (változás). Ritkán oldódik meg az ilyen válságos helyzet. Ráadásul a szemlélet beszűkülésével a magatartás megmerevedése is együtt jár (sokkolt, béna állapot).

A tehetetlenség és kiszolgáltatottság uralja a frusztrált, krízisben lévő embert. Ehhez járul még az *elviselhetetlenség érzése.* Az az érzés, amelynél a teljes megsemmisülés, a halál is jobbnak tűnik. Csak nem tudni semmit. Nem érezni, nem élni át a legrosszabbat, az alkalmatlanság tudatát. És persze nem érni meg annak egyenes folyományát: a peremhelyzeten keresztül vezető kiközösítést, az exkommunikáció sorsfordulatát.

Sok jel mutat arra, hogy a *szorongás* – drámai előzmények nélkül is – voltaképpen a kiközösítéstől való félelem szubjektív megnyilvánulása. Az alkalmatlanság bekövetkezésétől és annak nyilvánvalóvá válásától azért retteg ilyenkor az egyén, mert énereje a mélypontra süllyedt, s ez önmagában elegendő egy frusztrációs válság bejóslásához (pesszimisztikus anticipáció). Atavisztikus mechanizmus ez, és gyanítom, hogy eredete a neandervölgyi halál- és temetkezés problematikájához nyúlik vissza. (Ennek bizonyítása speciális kutatást igényelne még.)

Érthető, ha ebből az extrém állapotból külső segítség nélkül nem, vagy csak igen hosszú idő elteltével tud kijutni az ember. A várakozás pedig súlyos veszélyeket rejthet magában. Szükség van tehát a beavatkozásra, méghozzá *mielőbb.* Ám ennek módja általában nem egyszerű. A tapasztalat azt mutatja, hogy a válságba jutott egyén a saját csoportjain kívülről, tehát az „idegen vidékről érkező" intervenció iránt a legfogékonyabb. Úgy tűnik ugyanis, mintha a saját csoportjai valamelyikéből érkező befolyás iránt érzéketlen, mondhatni immunis volna. Nagyon valószínű, hogy ez az immunitás az egész „árterületre" kiterjed. Példa erre egy V. községből való özvegyasszony esete, aki súlyos krízis-állapotba került, amikor fia bevonult katonának. Az előzményekhez tartozott, hogy egyetlen gyermekét az asszony apa nélkül, özvegyen nevelte. Azon a napon, amikor a fiú elment, az anya bezárkózott a házba, úgy törtek rá a mentők. A kórház pszichiátriai osztályára szállították. Ott az első orvosi vizsgálat alkalmával lemondott öngyilkossági szándékáról (otthon ezt hangoztatta) és néhány nap alatt tel-

jesen megnyugodott. A történethez tartozik, hogy kórházba kerülése előtt odahaza többen is megpróbáltak hatni az anyára. Beszélt vele a testvére (családi csoport), főnöke, a tanácstitkár (a tanácsra járt takarítani – munkahelyi csoport), de próbálta őt vigasztalni egykori szerelme, aki férjhezmenetele előtt udvarolt neki (virtuális csoport). Ő egyik „interventorra" sem hallgatott. Folyton csak azt ismételgette: „hogy vehették el tőlem a fiamat, amikor annyi áldozatot hoztam érte?" Az agresszív (autoagresszív) reakció sztereotip fixációba ment át, s ezt az állapotot egyik „árterületi" csoport (két reális plusz egy virtuális) beavatkozása sem oldotta fel. Kizárólag egy kívülálló, egy *n plusz 1-es csoport* bizonyult hatékonynak: a kórház.

Ezen az elven nyugszik az alkoholbetegeknél jó eredménnyel alkalmazható kezelési forma: a *háromszög-terápia* is.

Zuk családterápiás célból alkalmazta a háromszöget, Slach általában neurotikusok esetében. Mindkét szerző a terápiás diádok (orvos – beteg) hatékonyságának elégtelenségéből indult ki. Egyikük sem gondolt azonban arra, hogy egy harmadik személynek racionálisan, tehát valamilyen feladatmegoldó funkcióval kell belépnie a terápiás kapcsolatba. Olyan szerepet kell eljátszania, amire a diádban szerződött felek egyike sem vállalkozott. Talán – a dolgok természeténél fogva – erre a harmadik, mondhatnánk „egyéb" szerepre egyikük sem alkalmas vagy nem képes. Az említett szerzők csupán arra a tapasztalatra hivatkoznak, hogy az élet különféle „zárlatos" helyzeteiben egy-egy spontán közreműködő harmadik fél gyakran fel tudja oldani a zárlatot és közvetíteni tud a leblokkolt felek között. Valamiféle tolmács szerepet játszik ez a kommunikátor. Nekem az a feltevésem, hogy a racionális feladatmegoldó tevékenység menete (racionális szféra) részéről elfogadott és tisztelt értékek (irracionális szféra) közötti ütközés vagy disszonancia okozhat olyan zavart, amely a tevékenység menetének akadozásához, esetleg átmeneti vagy időszakos elakadásához vezet. Miért? Mert az értékek (együttesen norma vagy etikett) szabályozzák a csoporttagok magatartását. A zavartalan csoport-tevékenységhez természetesen a szabályozó értékek összhangja, konszonanciája szükséges.

Mielőtt rátérnék ilyen irányú vizsgálatainkra, bizonyos elméleti megfontolásokat kell figyelembe vennünk. Alapelvként leszögezzük, hogy az alkoholista betegek kezelésének eredményesebbé tétele érdekében szakítani szükséges egynémely, e szakterületen már többszörösen eredménytelennek bizonyult orvosi-pszichológiai nézettel, rögeszmével. Ezek nagyrésze a Descartes-i dualizmusban gyökeredzik. A „szómá"-ban és „psziché"-ben gondolkodó kutató és gyakorló szakember holt térben mozog, amikor megkísérli

kettévágni az embert, akinek tüneteit, magatartási megnyilvánulásait hol „szomatikusnak", hol pedig „pszichésnek" minősíti. Az egyik végletet a biológiai determinizmus képviseli. E szerint a nézet szerint minden tettünket, egész életünket öröklött adottságaink, génjeinkben rejlő képességeink határozzák meg. A másik a társadalomtudományi véglet, amely szerint minden ember tiszta lappal születik, s erre a tiszta lapra azután a környezet, a nevelés, a kultúra azt ír rá, amit akar (a szociálbehaviorista Watson fogalmazása).

Leginkább a *szociobiológia* leginkább az a komplex tudomány, amely „a természetes szelekciót faggatja a befolyás várható iránya felől" – írja Barash (1977). S a szerző nyomban két példát is felhoz arra, hogy ez a gondolat a társadalomtudományban egyáltalán nem új, mert pl. Piaget nagy szerepet tulajdonít a genotípusnak, amikor a tapasztalatokkal kapcsolatos felderítő stratégiákat tárgyalja. De a genotípus döntő jelentőségét hangsúlyozza a modern nyelvtudomány is (Chomsky: „veleszületett mélystruktúra", 1972).

Sok szempontból az ember egyedül áll az élők világában. Olyan szabadsággal rendelkezik, hogy biológiai kényszerítő körülményeivel is képes szembeszállni. S valahányszor ez sikerül neki, nagyon elégedett önmagával. Ez a *függetlenség-érzet* adta az embernek azt a merészséget, hogy különlegs teremtménynek higgye magát, s ehhez a hitéhez istenvilágot is létrehozzon. Kivetítette magáról alkotott képét a képzelet abszolutumába. Így alkotta meg az ember az istenséget, a „saját képére és hasonlatosságára" és nem fordítva, ahogy ez a Szentkönyvben írva vagyon. Valódi szabadságát azonban csak azzal szerezhette meg, hogy képes volt le is mondani képzelete mesebeli teremtményéről. Pontosan úgy, ahogy Sartre megfogalmazta: „Szükségem volt Istenre... S mivel nem vert gyökeret a szívemben, egy darabig tengődött bennem, majd elhalt". (Szavak.)

Van, aki hosszabb ideig képes konzerválni magában a transzcendencia-igényét. Ezáltal válik adaptívvá, vagy képes adaptív maradni egy kultúrán belül (lásd Riesman „kívülről irányított személyiség" fogalmát). Más örökösen változtatja alapállását, újra meg újra megalkotja vagy átalakítja életfilozófiáját, amelyet – ha annyira *autonóm személyiség!* (ugyancsak Riesman fogalma!) – már el sem akar fogadtatni másokkal, mert nem is érdekli mások véleménye. Az individuum diadala ez. Jutalma a magány, a Semmi. Alkalmazkodása: bár ösztönszerű igénye van a csoport-létre, a legtöbb vonatkozásban problematikus. Miért? Mert a Parkinson-törvények karikatúra-illeme szerint bonyolódó modern élet nem elégszik meg az egyébként is nukleáris családra, gyakran még annak is csonkult maradványára fogyatkozott bioló-

giai együttes „olyan amilyen, de ha nincs jobb nála!..." – szinten való működtetésével. Működtet ezentúl még két-három vagy négy egyéb csoportot is: munkatársak, barátok, szerető kapcsolat, klub(ok) stb. Ám az evolúció által eddig ki nem szelektált személyiség-struktúra a tudat mögött (vagy alatt?) megtalálható még és hat, sőt olykor ősemberi virágkorát éli, hiszen túlságosan gyorsan jutottunk el idáig. A nem-biológiai csoportjainkban is olyan formán tengődünk, mint csonkult családjainkban. A mintát – egyelőre – a családról vesszük. Hogy mennyire így van, annak bizonyítására talán egy képzelt párbeszéd ideidézése is elegendő lesz:

– Milyen a légkör nálatok? – kérdi az egyik ember a másiktól.

– Hol?

– Hát a munkahelyeden.

– Á, ott kitűnő! – hangzik a válasz. – A főnök mintha az apánk (vagy anyánk) volna. Mi beosztottak pedig akár a jó testvérek!...

A párbeszéd, ha manapság még elképzelhető egyáltalán, csak ilyenformán képzelhető el. Fordítva aligha:

– Milyen a légkör nálatok? – kérdezné az egyik ember a másiktól. A fordított válasz így hangoznék:

– Ó, az kitűnő! Apánk (vagy Anyánk) akár a munkahelyi főnökünk! Mi testvérek pedig mintha kartársai volnánk egymásnak!...

Ugye milyen groteszk?!

A *minta tehát még mindig a család.* Noha egyre gyakoribb, hogy valamelyik egyéb csoportból könnyebb lenne jó példát hozni be – a családba. Például egy meleg baráti körből, s ha eltekintünk az egyéb hátrányoktól, akár egy jól működő klikkből, esetleg egy jól működő szesztestvéri közösségből is. Mielőtt azonban erre sor kerülhetne, mélyreható változásoknak kellene végbemennie az ember személyiségében. Talán sok száz vagy ezer, esetleg sok tízezer év sem lenne (vagy lesz!) elegendő hozzá.

A magyarázat: a családban zajlik a legősibb probléma-megoldó tevékenység: mind a fennmaradás, mind a reprodukció kivitelezése. A tudomány és nyomában a technikai civilizáció azonban olyan aprólékos munkamegosztást tett lehetővé, hogy e két alapfunkció közül főképp a fenntartó funkció feladatainak többségét az emberek a családon kívül élő idegenekkel, tehát más családok tagjaival társulva végzik. Ez történik a racionális vagy pragmatikus szférában. A környezethez való alkalmazkodás kényszere az emberi személyiség sérülékeny és esendő volta miatt szükségszerűen hozza létre az irracionális természetű emocionális szférát (hit, bizalom, érzelmi élet, szabályigény, általában hagyományőrzés és kultúra). És a probléma-megoldás az

utóbbi évszázadban, de főképp az elmúlt évtizedekben, még a reprodukció tevékenységét illetően is, egyre inkább intézmények útján történik, ami az egyén számára több-csoportú, tehát poligrupális létet teremt és határoz meg.

A *poligrupális* lét megélése meglehetősen nagy igénybevételt jelent. Tehát jócskán megterhelő az egyén számára. Olyasfajta fokozott koncentrációt igényel, mint egy sakkozó részéről a szimultán játék. Mindig, minden egyes pillanatban tudnom kell, hogy három-négy, esetleg öt csoportomban (öt táblán!) hogyan és hol állok. Nem fenyeget-e a vesztés perem-szituációja?

Említésre méltó tapasztalat, hogy egyes túlszervezett társadalmakban az intézmények sokasága szinte totalitárius módon sajátítja ki az egyes probléma-megoldó kiscsoportok leglényegesebb feladatait. Ezzel ezek a kiscsoportok valódi létjogosultságuktól megfosztva már csak panganak, kompetencia-határaik egyre jobban elmosódnak. A tagok tengenek-lengenek bennük.

Az ember közvetlen életterét jelentő családi csoport is – mint már érintettem – felbomlással fenyeget. A társadalmi munkamegosztás elaprózódásával, számos felelős feladat központosításával, gépesítésével gyakran áll elő a munkanélküliség mintájára a *feladatnélküliség* állapota. Legalábbis ez az érzés vesz erőt sok esetben és sok emberen. Sokan és sokszor érzik úgy, hogy részvételükre vagy vélekedésükre már nincs vagy maholnap már nem lesz szükség. Így nem marad sok kilátásuk arra, hogy alkalmasságukat akárcsak a maguk számára is meggyőzően bizonyítani tudnák. Az *alkalmasság* érzésének megingása az énerő csökkenéséhez, az *éngyengeség bekövetkezése pedig depresszióhoz, és a peremhelyzetbe való kerülés fenyegető veszélye miatt szorongásos félelemérzéshez vezet. Stressznek mondják, noha ez az állapot valójában inkább krónikus frusztrációnak* felel meg.

A frusztráció eredeti Freud-i fogalmához három kiváltó körülmény tartozik: 1. megfosztottság; 2. fenyegetettség és 3. akadályozottság, amelyek közül elegendő, ha egy is bekövetkezik, már fellép a tudat beszűkülése és létrejön a csőlátás szemléletet szűkítő, magatartást dermesztő hatása. Az ember a létét a poligrupalitás ellenére is általában egymásba folyó kontinuumként, egységes folyamatként éli meg. És bárhol „kezdik is ki" ezt a folyamatot, a perem-helyzet vagy egyenesen már a kiközösítettség felismerése, illetve a tőlük való rettegés érzése az egész személyiségét teljesen involválja, mivel szubjektíve *egzisztenciális megsemmisítéssel* fenyegeti őt.

A magára hagyva vagy a magára hagyottság érzésével élő ember, különösen ha ez az állapot tartósan fennáll, a csehovi drámák konfliktus-természetére emlékeztető ún. lappangó válságban, más szóval egy *latens krízis*

folyamatában leledzik. Életét inkább sínylődésnek tekinti, mint emberhez méltó életnek. A valóság elől gyakran és egyre gyakrabban menekül a *képzelet* világába, ahol élete sikeresebben zajlik, mint a vele párhuzamosan alakuló világban. Ott a „csillagok honában" mindennek értelme van újra. Minden küszködés pozitív eredménnyel zárul. A vállalkozás vagy a közös feladat-vállalás – akár a magán (családi-biológiai), akár egyéb problémamegoldó csoportjában kezdeményezte is azt az illető – előbb vagy utóbb „happy endinggel" végződik. Pontosan úgy, mint a mesékben vagy a filmvígjátékok többségében szokott végződni.

Gyakori eset, hogy valamelyik nosztalgikusan dédelgetett régi kapcsolatát úgy tartja számon az ember, mintha az még funkcionálna a valóságban. Ezt nevezi a szociálpszichológia *virtuális csoportnak*. Korunkban egyre gyakoribb jelenség, hogy egyes feladatnélkülivé vált emberek valós csoport-hovatartozás híján ilyen, már csak az emlékezetben működő csoportba kívánnak belekapaszkodni. Reggeltől estig képesek telefonálni, hogy felhajtsanak egy potentátot, akivel valamikor régen valamiféle kapcsolatban álltak (osztálytárs, útitárs valamelyik turista úton, katona bajtárs, volt udvarló, társasági vagy ivó cimbora). És általában eredményes is a virtuális csoportba való kapaszkodás, és sikerül általa összeköttetést, protekciót kiharcolni. A dolog fonákja szerintem nem is annyira az, hogy ilyesmi előfordul, hanem hogy korunkban egyre gyakrabban, mondhatni egyre tömegesebben fordul elő. Már-már úgy tűnik, mintha az agyonszervezett társadalmakban egyre több ember kergetne délibáb helyett, de valódi probléma-megoldás helyett is olyan tényleges csoporton kívüli lehetőséget az érvényesülésre, amely valódi alkalmassága helyébe alkalmasságának csupán tűnékeny vagy nem egyszer kimondottan hamis illúzióját kelti. Mindenki tapasztalhatta, hogy már enyhén mámoros állapotban is mennyire a tudat középpontjába tudnak kerülni ezek a virtuális kapcsolatok, amelyek józanul többnyire csak a nárcisztikus egyének hanyatló vagy sértett önérzetét simogatják, legyezgetik. Spiccesen azonban fontos nexusokká emelkednek és a „ki vagyok – mi vagyok" énkitágulásos (egodiasztolés) érzést táplálják. (A kábulat, mint illuzórikus létélmény.)

Van rá utalás a szakirodalomban, hogy a mámoros (eufóriás) érzést közvetlenül egy fájdalomcsillapító agyi hormon, az *endorfin* (endo-morfin) hozza létre, amely az alkohol elsőfokú bomlástermékéből, az acetaldehidből is keletkezhet.

A mámoros érzést azonban alkohol és egyéb kábítószer nélkül is képes létrehozni az ember, pl. ha csoportba tömörül és ott jól érzi magát. A még

kiskorú egyedek (gyerekek és kis állatok) önfeledt hancúrozásba kezdenek, valahányszor találkoznak egymással. Valósággal kibújnak a bőrükből ilyenkor. De még a felnőttek is nehezen tudják türtőztetni magukat egy-egy csoportos összejövetel alkalmával (jó nevetés!), hogy ne mutassák ki ujjongó boldogságukat. Ez a bizonyos *szociális eufória* a társulás örömét tükrözi. S még az is lehet, hogy ilyenkor a szervezet endorfin-szintje megemelkedik. Egyelőre azonban nem tudok arról, hogy ilyen vizsgálatot végzett volna valaki.

A szociális eufória társas értelme a probléma-megoldó csoport létrehozására irányul, tehát egy racionális cél szubjektív megalapozásának tekinthető. S most gondoljunk arra, mennyivel szürkébb az az érzés, amit a virtuális csoport látszat-keretein belül érintkező egyedek élnek át. Egyrészt mert társulásuk többnyire csupán a képzeletben zajlik és legfeljebb egy-két telefonhívásban realizálódik. Eufória általában nem kíséri, mert ha egy kis öröm követné is a „hogy vagytok mindig?" szokványos érdeklődést tükröző szavakat, az ambivalencia, esetleg a szégyenkezés vagy a bűntudat azt is lerontaná. „Minek zavartam?", „nem is örült nekem" és az ehhez hasonló gondolatok önkéntelenül is megrohanják a „kérelmezőt".

Összefoglalva: a valódi csoport-lét, a probléma-megoldó csoporthoz (csoportokhoz) tartozás tudata nyújt igazi énerőt mindenkinek (tehát akkor is, ha az több csoportra vonatkozik).

Kultúránkból fakad poligrupális megosztottságunk, szétszabdaltságunk. Ám ha mindegyik csoportunkban jó vagy tűrhető a helyzetünk, a szimultán játékot általában győzni szoktuk. Legfeljebb elfáradunk estére. Közérzetünk azonban attól még normális marad.

Munkahipotézisünket, amelyet megpróbáltunk metateóriának is feltüntetni, úgy érzem, kellően támasztotta alá a már említett másik vizsgálatunk, amelyben a nem tudatosan, hanem csak spontán létrejött *terápiás háromszögekkel* kapcsolatos megfigyeléseinket összegeztük.

Itt is vissza kell azonban mennem a kérdés előtörténetéig. *1985-ben múlt tíz éve annak, hogy az első, szabályosan létrehozott terápiás szerződést megkötöttük.* Az akkor 42 éves L. Imréné ma is absztinens, dolgozik, és a szerződésben rajta és az orvoson kívül harmadikként résztvevő férjével él. A szerződés megkötése során, a megfelelő szakmai felvilágosítás után kellett a férjnek beadnia az első Anticol tablettát a feleségének, hozzá egy pohár vizet is átnyújtania, amit az orvos adott a kezébe. Ennek a rítusnak a befejező aktusaként mindhárman kinyilatkoztatták, hogy a tabletta beadása-bevétele ezután minden nap megismétlődik, az orvos is addig írja fel a gyógy-

szert, amíg ők hárman (ti. a szerződött felek) másként nem határoznak. Erről írásos dokumentum is született, mint egy házasságkötésről az anyakönyvvezetőnél. *Azóta 73 ilyen szerződés született még. Ezeknek a dokumentációja ugyancsak megvan. (Feldolgozása során meglepő eredmények jöttek ki: a tartós absztinencia 80% fölött volt kimutatható).* De most térjünk rá a *spontán „háromszögek"* tárgyalására. Ezeknek a száma *155* volt, már amennyit 1983-ban feldolgoztunk és közreadtunk.

A 155 beteg kezelésébe 162 ún. harmadik személy kapcsolódott be. Figyelemre méltó, hogy ebből a szorosan vett családtagok száma 156 volt: feleség 92, férj 17, élettárs 8, szülő 30, gyermek 5, testvér 3 és meny 1.

Ez is aláhúzza a családi (biológiai) csoport jelentőségét a probléma-megoldásban. Ezzel egybevág, hogy egyéb csoportbeli részvétel csak elenyésző számban szerepelt. Munkahelyi főnök 3, szállásadó 2, kezelőorvos 2. Összesen: 7.

Külön meglepő, hogy barát és közvetlen munkatárs egyetlen egy sem fordult elő vizsgált anyagunkban.

Tartós, *egy évnél hosszabb absztinencia a 155 beteg közül 75-nél volt regisztrálható.* Ez csaknem az esetek felét teszi ki: kereken *49%-ot.* Ez nagyjából a *duplája* a ma világszerte tapasztalt elvonókúrás eredményeknek. S ha még azt a *25 esetet* is figyelembe vesszük, *ahol több hónapos, de egy évnél rövidebb absztinenciát tudtunk* – éppen az ellenőrzésben is résztvevő harmadik személyek aktív közreműködésével – megfigyelni, *akkor ez az absztinencia-arány* reálisan valahol már a *60 és a 70% között helyezkedik el.*

A gyakran absztinens, de időnként visszaeső 20, illetve a ritkán absztinens és gyakorta visszaeső 30 mellett *feltűnően kicsinek bizonyult* a folyamatosan ivók, tehát a biztosan *dependensek száma (5).*

Magas az önkéntes betegek aránya: 110. Ebből 66 a valódi önkéntes, 44 pedig hatósági javaslatra kereste fel a gondozót.

Az előbbi adatokból ered, hogy a „háromszöges" betegek között sok a „túlélő". (Tudnivaló, hogy az alkoholisták átlagban ritkán élik túl az 50-55 évet.)

A család által patronált háromszögekben

50 év felett	58	
40-50 között	48	
30-40 között	42	
20-30 között	3	
20 év alatt	0	fő akadt.

Tehát amikor sok volt a korosabb beteg, igen kevés akadt a fiatalabb korosztályokból. Ez is a családi csoport hatékonyságát, protektív tevékenységét bizonyítja.

Joggal nőtt meg hát a kíváncsiság a team valamennyi tagjában a tudatosan megkötött háromszög-szerződések hatékonyságát illetően. A végeredményről egy zárójeles mondatban már szóltam (86,6% tartós absztinencia 73 esetből). *A körzeti orvos számára is elérhető módszert* nemcsak a kutatás, de az élet is igazolta. A gyakorlatban ez úgy néz ki, hogy a feleség vagy a férj elkíséri a beteget a kezelésekre és ellenőrzésekre, az anya, az apa vagy a testvére bejár az orvoshoz gyógyszert íratni, ha a már absztinens beteget ebben a munkája akadályozza (ti. a rendelési idő a beteg munkaidejére esik), vagy már nem szívesen lépi át a gondozó küszöbét, mert az őt nagy betegségére emlékezteti(?). A szülő vagy az élettárs, olykor a munkahelyi főnök is telefonál jeléül annak, hogy a kívánt eredményért való igyekezetünkben részt akarnak venni. Azaz tagjai óhajtanak lenni egy aktív probléma-megoldó csoportnak, hogy annak sikerében majdan ők is osztozhassanak, így akarván bizonyítani saját alkalmasságukat.

A „háromszögelés" fogalmát tulajdonképpen Bowen vezette be 1966-ban a családterápia gondolatkörébe. Ő volt, aki már 1960-ban deklarálta egy, Bateson-nal, a Palo Alto-i kommunikációs iskola vezéralakjával közösen írt dolgozatában, hogy a triád a legkisebb viszonylat-rendszer, és hogy a 3 tagúnál nagyobb csoportok voltaképpen egymásba kapcsolódó háromszögekből állnak. Időnként két ember kapcsolódik – vagy fog – össze egy harmadikkal szemben. Máskor egy valaki kerül két másik egyén keresztüzébe.

Azt is mondják, hogy a háromszög nem egyéb, mint a „double bind" (kettős kötés) egy sajátos formája. Paradox kötelék, voltaképpen csapda, méghozzá a legfogósabb, mint ahogy – véleményem szerint – minden szilárd csoport-alakzat az. És ez nem áll ellentétben azzal a vaskos ténnyel, hogy az élő világ és így az ember létproblémái kizárólag csoportban, vagyis a kapcsolatok szilárd rendszerében oldhatók meg és sohasem azon kívül.

„A diádikus kapcsolatok a legkevésbé stabilak" – álapítja meg az idézett szerzőkön kívül még Elles 1967-ben, egy deviáns családról írott tanulmányában. Idevág az a tapasztalat is, hogy az alkoholbetegek hagyományos szabad asszociációs egyéni terápiájáról maguk az analitikusok is lemondtak. Ennek a kérdésnek olyan terjedelmes az irodalma, hogy én itt az eredeti források helyett szívesebben írok le egy összefoglaló értékelést: „Figyelembe kell venni, hogy a beteg sokszor többszörösen is konfliktusos helyzetben

van. Érthető, hogy a beteg a konfliktushoz vezető történésekkel, azok értékelésével szemben aktuálisan is ellentétes, ambivalens álláspontot foglal el. Ezt azonban tudatosan nehezen fogadhatja el, és így a konfliktus megléte természetszerűleg azt eredményezi, hogy annak egyes elemei nemcsak az öntudatlanjába merülnek, hanem bizonyos ellenállást is mutatnak tartalmuk kiemelésével szemben." (Levendel-Mezei: Az alkoholista beteg személyisége. 1972. 245. o.) Szó esik itt a továbbiakban arról a gyakori esetről, amikor az alkoholista kifejezetten ellenséges érzelmeket táplál az ugyancsak iszákos apával szemben, miközben a tudata alatt erősen kötődik hozzá.

Felmerül az emberben, hogy talán ez a tudatalattinak nevezett kötődés egyszer majd a humán etológiában is megfigyelt felnőttet követő ösztönös viselkedés egyik fajtájának minősül, vagyis *humán imprintingnek*, amit az embernél a csecsemő viselkedésében a sírással és a mosollyal kapcsolatosan figyeltek meg az etológusok. A csecsemő nem tudja követni anyját, mint a kisliba, nem kapaszkodhat anyja szőrébe, mint a kismajom, de sírásával magához tudja hívni és mosolyával maga mellett tudja tartani őt. A sírás, a mosoly, a szemmel követés mind-mind a vele való törődést, a gondozást biztosítja, akárcsak a fészekhagyó madarak követési válasza, az imprinting (Kabainé Huszka A. 1980). A rossz példa ösztönszerű követése az embernél olyan esetben is megnyilvánul, ha az az illető pusztulását is maga után vonhatja. Nem imprinting vajon ez is?

Lehet, hogy az új tudományok megfigyeléseivel lesz majd értelmezhető az az egyelőre misztikusnak tűnő jelenség, amit Wallon Clérembault, Baldwin és Janet nyomdokain járva – *társulási tendenciának* (socius, alter) tart (1971, v.ö. szociopoézis, Avar P. 1978). Egyelőre elégedjünk meg azzal a tapasztalati észleléssel, hogy az alkoholizáló viselkedés kialakulásában az egyén környezete, elsősorban pedig a család meghatározó szerepet játszik. S ha én korrigálni akarom a már kialakult viselkedést, akkor a családi légkörre emlékeztető meghitt, tehát empátiadús rövid egyéni, permisszív és normatív dinamikát egyaránt egyesítő speciális alkoholos-kiscsoport (Vanicelli, Yalom, 1982, 1978), illetőleg az egyszer volt nagycsalád jegyeit és az itt-ott még fellelhető közösségi maradványok karakterisztikumát hordozó probléma-megoldó nagycsoport-terápiás módszereket kell használatba venni (elsősorban az A.A. közösséget).

Az alkoholbeteg – ha van ilyen kvázi egységes betegfajta – személyisége mindenképpen laza és kevéssé konzisztens, ugyanis őt éretlen, a legkevésbé konzekvens embertípusnak képzeljük el és tételezzük fel. S ebben az analitikus megközelítés (l. orális fixáció), és a Piaget-i intellektuális fejlődési

modellt a szociálpszichológiai nézőponttal összeházasító Kohlberg-i fejlődési iskolák egyaránt megegyeznek. Ők – már mint az utóbbiak – nem úgy mondják, hogy örömelv és kínkerülés, ahogy Freud mondta, hanem hogy a gyermeki (5-7 évtől 13 éves) szinten megrekedt vagy a szülői és társadalmi-intézmények túlgyámolítás miatt oda-visszacsúszott, oda-gyerekesedett ember hajlamos a függőségre, a mndenfajta függőségre: a negatív addikcióra éppúgy, mint a pozitív – magyar szóhasználattal élve – nemes szenvedélyre. Ez utóbbi témakörről egy amerikai terapeuta fejtette ki nézeteit (Glasser: Positive Addiction, 1976).

S ha így van – talán mondhatjuk, gyakran van így –, akkor az alkoholbeteg reedukációja és rehabilitációja érdekében feltétlenül hasznos kell, hogy legyen a hibásan rögzült probléma-megoldó stratégiáknak a *gyógyítónevelés* vagy még inkább a *gyógyító vezetés* hatékonyságát legjobban szolgáló terápiás csoportokban történő átalakítása, korrekciója. A krízisben rejlő kreatív lehetőség, mint az fejtegetéseimből, de a vizsgált klinikai anyagból is kitünhetett, a hatékonyság fokozásának egyik legjobb és az élet által felkínált, ezért ugyancsak szakszerű módja. S ha ez még a családi vagy más csoport-erőkkel össze is adódik, viszonylag könnyen előáll az alkohológus számára optimális eset: az a válságban lévő beteg, akit a család valamelyik, a beteg szemében tekintélyes és mérvadó tagja kísér el a gondozóba, s akinek kezelésében ez a családtag, a háromszög-terápia szerződés szabta keretei között résztvesz, egészen a tartós absztinencia beálltáig. Sőt, ha lehet, azon túl: az ivást kiváltó okok s majdan a következmények kiküszöböléséig.

Jól tudom, hogy az ún. optimális eset az orvosi gyakorlatban ritka, mint a fehér holló. Rátermett orvos és általában terapeuta ilyenkor úgy segít a betegén – és persze magán is –, hogy esetei többségét optimalizálja. A gyógyulásra és így a kezelésre is kevéssé motivált beteg *terápiás konfrontálása* (az állapotával és a helyzetével való szembesítése) gyakran teremt kreatívan kiaknázható krízis-állapotot. S ha az még egy szervezett vagy netán rögtönzött családterápiás szituációban fel is dúsítható, akkor a kezdetben csupán passzív kíséretre vállalkozott hozzátartozó viszonylag rövid idő alatt tehető – a közös tevékenység során szerzett saját élmények hatására is – esetleg egy gyógyító háromszög, illetve valamilyen terápiás csoport aktív tagjává is. S ezzel az orvos vagy a pszichológus, akinek ez a katalízis magának is drámai élményt nyújtott és empátiás kielégülést okozott, joggal érezheti, hogy kétszer-háromszor annyit tett ennek a betegének a gyógyítása érdekében, mintha az illetőt a korunkban oly sok helyen működtetett gépies medicina futószalagjára tette volna.

Itt kell még kitérnem egy pszichodramatikus technikánkra, a perújító dialógusra.

Ez olyan módszer,amelynek segítségével a betegnek olyan illúziót nyújtok, hogy hosszú ideig volt az orvosnál (hosszú ideig foglalkozott vele az orvos). Tehát az időélményét intenzifikálom a betegnek. Ezt másképp nem tudom elérni, csak dramatikus módszerrel. (NB., a dramaturgia Arisztotelész óta ismeri ezt a módszert.) Egyébként mi történik? A panaszok, a tünetek megbeszélésére, a vizsgálati leletek átnézésére idő kell. De idő kell a kezelés megbeszélésére is. Ha a beteg visszajön hozzám kontrollra, ahhoz is idő kell. Ugyanakkor ha olyan látszatot keltek a beteg szemében, hogy időzavarban vagyok, akkor ezt a beteg kínosan éli meg. Mintha a világon mindenre volna idő, csak éppen őrá nincs senkinek ideje. Ha elmegy az orvoshoz, akkor egy minősített szakemberhez fordul, és erre az elkezd kapkodni... „Ezt a panaszt már mondta, azt a leletet már láttam, menjünk tovább! Ne húzzuk az időt! Mondja meg, mit akar!"

Ilyen esetben minden betegnek az az érzése, hogy őt hajszolják, őrá nem érnek rá, ő csak arra jó, hogy dolgozzon, hogy fizessen, hogy tartson el másokat. De arra már nem való, hogy személy szerint vele is törődjön valaki.

Ellenkező esetben: ha a fordítottját éli át, hogy rettenetesen sok idő telt el, amíg bent volt az orvosnál, és az orvos végtelen hosszú ideig foglalkozott vele, akkor ilyen frusztráció élménye nem lesz. Tehát erre a praktikus célra is jó a perújító dialógus. Viszont, mint mondtam és mint azt mindnyájan nap mint nap tapasztaljuk, valóban nincs elegendő idő. Ugyanakkor megfelelő eredményt csak akkor tudunk elérni, ha szembesítjük a beteget saját kudarcaival, de heroikus élményeivel is – egész addigi életével. A taxatív felsorolást követő didaktikus tanácsadásnak nincs akkora énfejlesztő hatása, mintha dramatikusan „csináljuk": a válságot fokozzuk a betegben. Nem kell semmitől sem tartanunk. Mert ha úgy tűnik is, hogy én rögtönzöm a drámát, az csak látszatra van így. A dráma ugyanis a betegben van. Azt ő hozza magával a kezelésre, tehát a drámával érkezik. De nem jól folytatom a drámát, ha nem csatlakozom a korábbi fejleményekhez, tehát amivel hozzám jött a beteg. Ha én nem tudom pillanatok alatt átvenni azt a konstellációt és az egész kontextust, amiben ő benne van (amibe beszövődött), akkor nem tudok belépni a beteg drámájába, és nem tudom a végkifejlet felé segíteni a cselekményt.

Ha igen, akkor úgy fogja érezni, mintha egy reflektor vagy egy kamera előtt állna, ahol ténylegesen összesűrűsödik az idő, hogy 24 órának tűnik vagy 48-nak az az 5 vagy 10 perc...

Mivel lehet ezt elérni? Azt kell meglátnom és megéreznem, hogy a beteg hogyan vívja *saját harcát önmaga ellen.* (Nyilvánvaló, hogy egyik énje a másik ellen vív.) Fontos megállapítanom, hol tart ez a dráma a beteg belépésekor. Mit lehet és hogyan lehet kilendíteni a holtpontról? Nekem meg is kell személyesítenem a jelen nem lévő szereplőket. Olyankor könnyebb, ha a beteget kíséri valaki (ahogyan erről a háromszögnél már beszéltünk). Ha tehát valaki még jön, a terapeuta azt is „beránthatja" a „játékba". Ám ha nem jön senki, akkor is meg kell idézni – persze csak képzeletben – a láthatatlan szereplőket.

A már eldöntött „kázus" esetén, tehát ha az emberemre már ráragasztották a címkét, hogy „alkoholista", sőt esetleg már hatóságilag kötelezték az elvonókúrára, akkor is meg kell – és érdemes – megadnom neki a szabadság érzését (ti. hogy ezen a minősítésen még lehet változtatni: a perújítás lehetősége!). Meg kell adnom neki a lehetőséget, hogy érdemes harcolnia az igazságért, az igazáért... És ez esetben nem a jogi értelemben vett igazságról van szó. Amint ő ezt a szabadságot megkapja, énje hamarosan megerősödik, és akkor már el lehet várni tőle, hogy szembe tudjon nézni hibás múltjával, viselkedésével, cselekedeteivel.

Ez a dramatikus forma a beteg saját történetének konfliktusanyagát aknázza ki (szemben a pszichodráma Moreno-i formájával, ahol egy kitalált történet keretében kell a beteg konfliktusának véletlenszerűen kibuknia). Tapasztalat szerint a saját identitásával „nem egy vonalban lévő" beteget (montázsszemélyiség) meglehetősen könnyű drámai párbeszédbe vonni – már a bevezető exploráció alatt.

Talán ebből a vázlatos leírásból is kiviláglik, hogy a perújító dialógusban redempció-értékű probléma-megoldó (N+1-es) csoporttevékenység folyik. A terapeuta itt az *advocatus diaboli* stílusában segíti végbemenni azt, aminek előbb vagy utóbb amúgy is végbe kellene mennie. De addigra betegünk esetleg már elkésne a változtatással!

*

Irodalom

Andorka R., 1985: Az alkoholizmus terjedése Magyarországon. Világosság, 26, 103-111.

Avar P., 1972, 1973: Új pszichoterápia-koncepció az alkoholisták kezelésében. In: Megelőzés-gyógyítás-rehabilitáció, 1980, Medicina K. Budapest, 173-192.

Avar P., 1978: Háromszög-terápia az alkoholbetegek kezelésében. Alkohológia, 9. évf. 2, 122-124.

Avar P., 1978: A gyógyító közösség. Világosság, 6, 377-381.

Burno, M. E., 1983: Krónikus alkoholista betegek ún. egyszerű személyiség-variánsairól. Korszakov Zsurnál Nyevropat. i. pszichiátrii, 83, 2, 73-77.

Erickson, E. H., 1959: Identity and the Life-cycle. The Problem of the R Ego Identity. Psychological Issues, 1, 101-116.

Glasser, W., 1965: The Reality Therapy. A New Approach to Psychiatry. Harper and Row Publ. Inc.

Haken, H., 1984: Synergetik – Die spontane Entstehung von Strukturen in der belebten und unbelebten Natur. Helvet. Psychiat. Acta, 57, 140-150.

Kohlberg, L., 1973: Continuities in Childhood and Adult Moral Developtment Revisited. In: P. B. Baltes and Schaide, eds: Life-Span Developmental Psych. Person and Socialization, 187-199.

Kon, I. Sz., 1979: Az ifjúkor pszichológiája. Tankönyv K. Budapest.

Kon, I. Sz., 1982: Az én kategóriája a pszichológiában. Pszichológia, 2, 67-84.

Lample de Grot, J., 1981: Notes on „Multile Personality". Psychoanalitic Quarterly, 614-624.

Pert, A., 1981: The Body's own Tranquilizers. Psychology Today. Sept. 100.

Ranschburg J., 1984: Szeretet, erkölcs, autonómia. Gondolat K., Budapest.

Valkay Zs., 1985: Miért isznak a nők? Magvető. Budapest.

Avar Pál: Gyógyító vezetés – hősterápia. Kézirat, 1986

3.

(Bevezetés) Mintegy két évvel ezelőtt megismerkedtem a humanisztikus pszichológia egy olyan új magyarországi iskolájával, amely – végső soron – az „önsegítő mozgalmak" dinamikájából keletkezett. Neve: andreutika (az elnevezés az iskola megalkotójától, Avar Páltól származik). Ez az elmélet (és a hozzárendelhető gyakorlat) új paradigmát sejtet mindenféle – hivatásbeli és laikus – „lélekmentő" munka tekintetében (lett légyen az pszichoterápia, szakszerű lelki tanácsadás vagy csak – úgymond – egyszerű lelki támogatása a bajba jutott embernek), akár a bajmegelőzés, akár a gyógyítás, akár az utógondozás értelmében véve. Szemlélete a komplexitás következetes megragadásának igényével jellemezhető, mert egyrészt nem tesz alapvető különbséget kliens és páciens között, másrészt egy koncepción belül rendezi el a legkülönbözőbb szenvedélybetegségeket, valamint az azok veszélyét felidéző életvezetési zavarokat, problémákat. Az andreutika szervesen illeszthető a pszichiátriát (és általában a kórházi ellátás egészét) humanizálni igyekvő legkorábbi törekvésekhez is (Bálint Mihály munkássága stb.).

Miután minden közvetlen alkalmazásra szánt elmélet valójában annyit ér, amennyi belőle a gyakorlatban megvalósul (és e folyamat időtényezője sem lényegtelen), ezért az alábbiakban megkísérlem összefoglalóan bemutatni az andreutikát, összegezve egyben megkülönböztető jegyeit is – persze, ahogyan én látom. (...)

Őszintén megvallom: az itt következő diszciplináris kifejtést nemes propagandának szánom, abban a reményben, hogy minél több szakember kolléga figyelmét sikerül felkeltenem. Munkatársak kerestetnek, akik kedvet kapnak az andreutika műveléséhez és népszerűsítéséhez (esetleg team-keretekben is). Tevékenységükre – a legközelebbi jövőben – három fő területen lenne szükség: a gyakorlat terepén (további önsegítő mikrocsoportok és terápiás pedagógiai kiscsoportok indítása, vezetése, valamint azok metodikájának elemzése), az elméleti kutatás terén (a szégyen, a diszharmonikus felnőttség és a kényszerű pótcselekvések közötti korrelációk feltárására, továbbá ezen állapot meghaladási lehetőségeinek tudományosan korrekt tisz-

tázására koncentrálva), és végül – de nem utoljára – az oktatásban (az andreutika beillesztése a felsőfokú humán szakemberképzésbe és az egészségügyi szakközépiskolák tanrendjébe).

Fel tehát az „andreutizálásra", hisz navigare necesse est...

(Meghatározás) Az andreutika (magyarul: „embervezetés", „emberterelés") – fogalma és funkciója szerint – a felnőttnevelés egy meghatározott koncepciójú (lelki segítségnyújtást biztosító) változata: egyfajta alkalmazott pszichológia (andragógiai lélektan). Tevékenysége arra irányul, hogy az éretlen, de már felnőtt korú embereket támogassa érett, autentikus személyiségűvé válni. Sajátos – az addikciós betegségekben szenvedőket megcélzó – formája a terápiás pedagógia. (...)

...Az andreutika többszörösen interdiszciplináris tárgy (elmélet? iskola?), amelyet az orvostudomány, a lélektan és a pedagógia háromszöge vesz körül.

(Alaptételek) 1. Az elmélyülő interakcionális – személyi, illetve szocializációs zavarok alapvető oka egy olyan diszharmonikus én-azonosulás, amely végső soron a „felnőtt gyermeki" állapot (más kifejezéssel: a montázsszemélyiség) rögzült voltában rejlik.

2. A legkülönbözőbb káros szenvedélyek erre a „felnőtt gyermeki" (vagy „felnőtt kamasz") állapotra vezethetők vissza, mint például az alkoholizmus, a gyógyszervisszaélés, a dohányzás, a testkultusz, a szexösztön túlhajtása, a bigott vallásosság, továbbá a munka- és hatalomőrület és végül, de nem utolsósorban az ideológiai fanatizmusok.

Az andreutika – mind elméleti megfontolások, mind gyakorlati tapasztalatok alapján – a neurózist és annak különböző fajtáit, valamint tüneteit (anankazmusok, fóbiák, szorongás, kóros szervérzések) nagyobbrészt ugyancsak a szenvedélybetegségek közé sorolja, s ezt a szemléletet a fogalomalkotásában is tükrözteti (pl. „work-aholic" és „rage-aholic"). Szintén itt – a „felnőtt gyermekség" gondolatkörében – értelmezi a családpatológiából származó személyiségdiszfunkciókat, ciklikusan visszatérő kórjelenségeket.

3. A problematikus személyiség rendeződése, illetve gyógyulása a felnőtt én végleges hatalomátvételétől remélhető, s az andreutika ehhez a hatalomátvételhez kínál célorientált támogatást az arra rászorulóknak.

(Haszna) Az andreutika minél szélesebb körű elterjedésének haszna elsősorban szociálpszichológiai és mentálhigiénés természetű (továbbá nem lebecsülhető eredményűnek igérkezik a pszichiátriai terápiában). Várható nyeresége a következőkben taglalható:

1. Célzott és pozitív módon képes reagálni a rendszer-, illetve formációváltozás szociálpszichológiai jellegű kihívásaira,mert: a/ megtámogatja az autentikus, teremtő és nem gyermeteg életvitel kialakítását mind az ún. egészséges (pszichésen nem beteg), mind az úgymond lelki sérült emberek körében (a kamaszodó, illetve adoleszcens korosztálytól számítva egészen az idősebb nemzedékekig), s ekképp ellensúlyozva a korábbi – Magyarországon hagyományosnak ítélhető – tekintélyuralmi rendszerek máig is érzékelhető társadalmi infantilizációs hatását, ösztönzi túlhaladni az alattvalói („gyermeki") létmegélést; b/ lehetőséget biztosít az újító és együttműködésre sarkalló személyiségmodifikációra, és ezzel segít elviselni a rendszerváltással kikerülhetetlenül együttjáró életmódváltozásokat, hivatás- és pályamódosításokat, továbbá szerepvesztéseket, valamint az új szerepek, készségek és attitűdök elsajátításának kényszerét, összefoglalva tehát: megkönnyíti a piacgazdaságba, a verseny világába történő felnőtt korú szocializációt (...)

2. Produktívan közelíti meg azt a jelenséget, hogy napjainkban mind többen keresnek egzisztenciális menedéket az egészségügyben – betegként.

3. Szorosan vett szakmai szempontból is csökkentheti az érintett egészségügyi intézmények túlzsúfoltságát, javítva a kórházi pszichiátriai gyógykezelés hatékonyságát, lerövidítve annak idejét (használható lévén kényszerességek, különböző egyéb személyiségzavarok, valamint addikciók, továbbá break-down állapotok radikális és viszonylag gyors kezelésére).

4. Általában erősítheti a ténylegesen klienskőzpontú gyakorlat érvényre jutását a pszichiátriai ellátásban.

5. A társadalmi devianciák tekintetében kifejezetten antistigmatizációs eszközként értékelhető (mind az auto-, mind a heterostigmatizáció vonatkozásában).

6. Szerves kapcsolatot tud teremteni és működtetni a kórházak és a társadalom világa között (hisz központi praxisformája az önsegítő szerveződés).

7. A felnőttoktatásba és a közművelődésbe, továbbá a közoktatásba való belépése esetén (kiscsoportos andreutikai tréningek formájában), társadalmi méretekben teszi lehetővé a familiáris-szocializációs zavarok megelőzését, illetve korrigálását, és enyhítheti az ezekből eredő szociális-mentális sérüléseket, valamint – ugyancsak össztársadalmi kiterjedésben – jól bevethető a szenvedélybetegségek ellen (a megelőzésben, a beavatkozásban és az utógondozásban egyaránt).

8. Optimális formát igér az önsegítő mozgalmak professzionális támogatása számára.

9. Használható mind közvetlen, mind közvetett családterápiaként.

(„Működtetésének" főbb eszközei) Az andreutika eszköztára egy sor pszichoterápiás és pedagógiai iskolát, módszert, megközelítést és technikát ötvöz egymással; ezek (csak a felsorolás szintjén jelezve): – az analitikus jellegű egyéni pszichoterápia „könnyítő" eszközei, mint például az exploráció, illetve a ventilláció (ám csoportban is!); – a hősterápia mint meghatározó elmélet és módszer (az egyéni sorsepika feltárására); – a logoterápia mint másik igen lényeges szemlélet és gyakorlat (az autentikus életcél megtalálásának, felfedezésének támogatásával); – a csoportterápia, illetve a csoportfoglalkozás néhány sajátos formája: önsegítő mikrocsoport, terápiás pedagógiai kiscsoport, háromszög-terápia, Al-Anon típusú csoport; – a pszichagógia mint a kliens direktív „rendbe tétele" a saját életvezetésért viselt felelősség tudatosításának ösztönzésére (gyakorlása mára már divatjamúlt); – a rövid dinamikus pszichoterápia (az alapszorongás gyors és radikális leleplezésére); – az Erickson-féle tüneteztetés; – a tranzakcióanalízis (a gyermeki énnel való szembesülésre); – a személyközpontú terápia (Rogers) olyan alapelemei, mint az empátia, a feltétel nélküli pozitív viszonyulás, a kongruencia és az intuíció; – a személyiségpedagógia alkalmazása (terápiás célzatú didaktikus megközelítések beiktatásával és empátiatanítási gyakorlatok tartásával); – a szociodráma, illetve a pszichodráma elemeinek felhasználása, élménytréning; – esetenként a viselkedésterápia egyes „fogásainak" igénybevétele; – bizonyos önsegítő, „öngyógyító" relaxációs technikák (pl. a Gendlin-féle fókuszolás).

(Újdonságai és sajátosságai) 1. Az andreutika hangsúlyosan jövő- és kreativitásirányultságú, konstruktív életvezetési támogatást ígér, ugyanakkor egyfajta rövid terápiaként is alkalmazható. Az intervenció és a pszichoterápia hagyományos formái és módozatai – eddig és általában – csekély hatékonyságúnak és elhúzódó idejűnek bizonyultak (különösen a hosszú terápiák számos esetében), ugyanis egyrészt lényegében passzivitásra kárhoztatták a klienst (rögzítve őt a „gyermeki" függőségben), másrészt főleg a negatívumokra összpontosítottak (elsősorban azt véve számba, ami elpusztult, akár a kárbecslő a biztosítótól). Eredményük így szükségszerűen korlátozódott a szerológiából ismert passzív immunizációra, amely a betegnek csak a pillanatnyi állapotán való átsegítését jelenti, szemben az aktív védelemmel, amely tartósan, gyakran egy életre szólóan vértezi fel őt a kórokozók ellen.

Az andreutika viszont a romos élet, illetve személyiség épen maradt szerkezeti elemeire irányítja a kliens figyelmét, gyújtópontjában nem a múlt található, hanem a jelen és a jövő. A hangsúlyt nem a negatív, hanem a pozitív leltár készítésére helyezi, a múltat csupán a minimálisan elengedhetetlen mértékben veszi figyelembe (időt hagyva ekként a sérült lelki tartományok spontán gyógyulására). Ugyanezzel a jellegzetességével függ össze a már említett antistigmatizációs haszna is, hisz feltárja a kliens számára a válságának pszichodinamikája révén benne felfokozódott potenciális kreatív erőket és szövetkezteti velük. Az andreutika tehát ahelyett, hogy direkt módon küzdene a kliens tünetei ellen, azokat inkább a szövetségeseivé teszi, mert belátja: az önsorsrontó addikció valójában kísérlet az önsorsjavításra, az öngyógyításra (még ha az – objektíve – kudarcos, illetve kudarcra ítélt is). És ezt a belátást – természetesen – megosztja a klienssel.

2. *Az andreutika stratégiája – két újdonsága: a hősterápia és az önsegítő mikrocsoport segítségével – a felnőtt én irreverzibilis hatalomátvételére irányul, megcélozva egyben a gyermeki ént, valamint az azzal összefüggő látens szégyenérzetet.* Ezt az összetett célt az andreutika azért meri kitűzni, mert rendelkezik két – ténylegesen újításnak számítható – attributummal: a hősterápiával mint elméleti pillérrel, továbbá az önsegítő mikrocsoporttal mint módszerbeli tartóoszloppal.

A hősterápia lényege tételszerűen akként fogalmazható meg, hogy minden ember teljesített életében valamilyen „hősi" cselekedetet (cselekedeteket), amikor is mintegy felülmúlta önmagát, amikor úgymond még lehetett volna belőle valaki. Ezt tapogatja ki, eleveníti fel és beszélteti el epikus formában a klienssel a terapeuta, hogy bizonyítsa: csak rajta áll, hogy legyen valaki, hogy meggyógyulhat. Mert ez a bizonyos „hőstett", heroikus cselekedet (vagy életszakasz) – mint a kliens múltbeli, még fejlődő személyiségének akkori szintjét meghaladó felnőttes próbálkozásai közül a számára leginkább emlékezetes – képezi azt a súlypontot, amelynél fogva az addikcióban krónikusan szenvedő átbillenthető a baját okozó „felnőtt gyermeki" állapotból a végérvényesen felnőtt, szuverén létmegélésbe. Persze maga az átbillenés nem egyszeri aktus (még ha élménye számos katartikus erejű, redemptioszerű[1] történés is), hanem folyamat, sok-sok nekirugaszkodással és nem kevés megtorpanással, illetve visszalépéssel. Azonban az andreutika minderre őszintén felkészíti a klienst, továbbá megtámogatja őt – és ez az, ami itt alapvetően fontos! – másik újításával, az önsegítő mikrocsoporttal. (Tapasztalati tény, hogy így jóval kevesebb regresszióval és visszaeséssel kell számolni, mint a hagyományos terápiák esetében.) A hősterápia tehát

kihámozza a kliens múltjából a jövőcsírákat, s ekként olyan ívet húz a múlt és a jövő közé, amelyben a jövő a tájékozódási pont. Ez a „terápia" a kliens figyelmét mindvégig a személyisége és élete viszonylag ép részei és területei felé tereli.

Az önsegítő mikrocsoport – mint már utaltam rá – szintén az andreutika „találmánya". Az a keret, amelyben a hősterápia dramaturgiája zajlik. Rendeltetését tekkintve egyfajta pótcsalád. Egyszerre terepe, akváriuma s színpada a „felnőtt gyermek" újjászületésének, ahol a kliens – sorstársai érzelmi és tevőleges támogatásától kísérve – előadja eposzát, hogy újrateremtse önmagát, de már autentikus, felnőtt személyiségként. Ebben a „műhelyben" a kliens tulajdonképpen újrakovácsolódik, személyisége újraszocializálódik.[2] Megtanulja, hogy a valóságos önsegítés titka az, ha ő segít másokat (kezdetben – esetleg – „csupán" csoportbeli társait), ha szolgálja a többi embert, mégpedig testhezálló, saját maga által kiválasztott sorsszerepben. (Természetesen e választást a csoporttagok bátorítják, ösztönzik.) A kölcsönös segítés élményein keresztül a kliensben minőségi változást igérő énerősödés megy végbe, ugyanis interiorizálódik benne a „szükség van rám", vagy „dolgom, teendőm van a világon" érzése. Nárcisztikus csőlátása és csőérzete oldódását tehát nem alárendelődésként, hanem önmegvalósításnak és gazdagodásnak éli meg, tudomásul véve azt is, hogy nem minden tartozik rá, hogy nem mindenben ő az illetékes, s nem minden az ő feladata. (Ugyanez érzésbe öntve: „Természetes, hogy amiképp nekem van mondanivalóm, úgy bárki embertársamnak szintén van – akár tőlem függetlenül. A másik ember véleménye és érzése pedig akkor is vélemény és érzés, akkor is tiszteletben tartom, ha velem kapcsolatos és nekem nem tetsző.")

Az önsegítő mikrocsoport még egy további szempontból megemlítendő progresszív hatást fejt ki. Közvetett család-, illetve szocioterápiaként is funkcionál, mert a kliens – megszabadulván „felnőtt gyermeki" imperializmusától, pszichoinfantilis irányultságaitól és mechanizmusaitól (omnipotencia, omnikompetencia, omnidependencia stb.) – képessé válik arra, hogy átszerkessze természetes családját, illetve hogy javítson a szociálisan meghatározott poligrupális viszonyaiban[3] elfoglalt szociometriai pozícióján (egyben megszakítva az ún. toxikus pedagógia átörökítési és továbbadási folyamatát).

A „felnőtt gyermekséget" kiváltó, illetve kísérő alapszégyenérzetet pedig az önsegítő mikrocsoport a kollektív és korrektív emocionális élmény biztosításával küszöböli ki. A csoportban ugyanis a büntetés terhe és a megszégyenülés következménye nélkül szabad „gyereknek" lenni. Itt mindenki

az lehet, aki és ami, hisz veszélytelenül és nyíltan vállalhatja összes érzését és gondolatát. A garancia egy sajtáságos körülmény, miszerint az ilyen típusú csoportban a tagok – eltérően a mikro- és makrotársadalom normál csoportjaitól – érdekképző közös konc híján tartoznak, kapcsolódnak egymáshoz (ezért fontos, hogy az önsegítő mikrocsoport tagjai eredetileg – lehetőleg – idegenek, illetve ismeretlenek legyenek egymás számára).

3. *Az andreutikai szemlélet kulcsa az ún. „felnőtt gyermek" (montázsszemélyiség) tézis.* Az amerikai szakirodalomból ismert (Bradshaw) „felnőtt gyermek" tétel szerint – amivel szinonim[4] az andreutika megalkotójánál, a magyar Avar Pálnál a montázsszemélyiség fogalom – a kliens nem egészen érett ember, mert diszharmonikusan foglal helyet benne a személyiséget alapvetően ábrázoló három arcél: a gyermeki, a kamaszos (vagy adoleszcens) és a felnőtt én, s ennélfogva ezek jellemvonásait is szinkretikusan hordozza magában. Az ilyen – szinkrézisben élő – ember legfőbb és állandó (őt szinte minden pillanatban nyomasztó!) problémája, hogy hiába számít felnőttnek (kora, egzisztenciája, familiáris háttere stb. alapján), valójában mégsem az, mert még mindig nem dőlt el benne: melyik személyiségprofiljának megfelelő karaktere legyen az irányítója. E dominancia-ingadozás miatt jön létre és rögzül az ún. montázsszemélyiség állapota, amikor – miként az összemontírozott fényképen – az adott személy viselkedésén mindenkor áttükröződik (vagy akár csak átsejlik) egy, az életkorával és jelenbeli, aktuális szerepeivel már inkongruens személyiségszint, sőt az – bármikor és inadekvátan – dominánssá válhat. Személyisége kompulzív jellegű lesz, hisz őt magát – „kívül" és „belül", körülötte és benne – folyamatos feszültség megléte jellemzi, krónikus feszültségben él. S éppen e nyugtalanság levezetésére, a feszültség kioltása (vagy csak enyhítése, mérséklése) érdekében – mintegy öngyógyításként, ám ténylegesen pótcselekvésként, hogy kompenzálja közérzete permanensen üzött-hajszolt, szorongással teli voltát – nyúl az addikció különböző eszközeihez (elsajátítva, nemritkán személyiségszerkezetébe is integrálva annak valamely – egy vagy több – formáját). E feszültség két forrásból keletkezik, egyrészt a kliensből, tehát belülről, másrészt a kliens környezetéből, tehát kívülről. Belülről az táplálja, hogy az addiktív személy érzi a diszkrepanciát, miszerint ő felnőtt ugyan, de igazándiból mégsem nőtt fel (inkább csak „megnőtt"), illetve felnőttsége csupán ügyesen megalkotott álarc[5], mely lerántható vagy elveszthető! Kívülről pedig az gerjeszti, hogy a környezet minduntalan észleli a jelzett diszkrepanciát, s azt visszaigazolja a kliensnek (legtöbbször negatíve, sőt nemegyszer normatíve is!)

A „felnőtt gyermek" tézis realitását a praxis is igazolni látszik, mert számos tapasztalat mutatja, hogy a neurotikus tünetek (szorongás, emocionális labilitás, kóros szervérzések), valamint a pszichoszociális bénultság a gyermeki karakter túlsúlyát jelentik a montázsszemélyiségben, és hogy ezek a szimptómák mindaddig fennmaradnak, amíg a felnőttség uralma meg nem teremtődik, illetve helyre nem áll, tehát amíg nem sikerül megvalósítani ezt a hatalomváltást. Az andreutika pedig – a hősterápia segítségével – ennek a hatalomváltásnak a megtámogatásával arra vállalkozik, hogy az egyén ún. heroikus korszakának felidéztetése, csúcsélményeinek epikus feldolgoztatása révén megszünteti (vagy lényegesen csökkenti) a kliens csüggedtségét, frusztrációjából eredő reakcióit (agresszió, regresszió stb.), amelyek akár szubjektív (szorongásos, kényszeres, depresszív) állapotának, akár már objektíve is hátrányos helyzetének megéléséből fakadnak és uralkodnak el rajta.

4. *Az andreutika a jelenidejűségre és a személyességre koncentrál, hogy megbontsa a „felnőtt gyermeki" sorsforgatókönyvet.* A jelenidejűség és a személyesség legalább annyira fontos az andreutikában, mint a múlt epikus feltárása. Ismeretes ugyanis az az általános emberi attitűd, hogy gyakorta vonakodunk a „jelen"-ben élni és „személyes"-nek lenni. Ez a magatartásjegy különösen jellemzi a „felnőtt gyermekeket", a különböző addikciók rabjait, hisz a múltban élés és az addikció lefedi a kliens éngyengeségét, illetve arra való képtelenségét, hogy elviselje és feldolgozza azt a szűkebb valóságot, amit önmagának teremtett, és azt a tágabbat, amit a külvilág kínál számára. A montázsszemélyiség fél a jelentől és a személyességtől, mert a jelen és a személyesség állandó megméretés, amelyben viszont bármikor kiderülhet, hogy ő valójában még gyermek. Ezért inkább az addikcióhoz menekül, hogy annak védelme alatt megszabadulhasson a jelentől, s ily módon tetszése szerint (vagy állapotának megfelelően) okolhassa a múltat (harcolva árnyaival) és szoronghasson a jövőtől. Ekként egy circulus vitiosus kölcsönhatás indukálódik, melyben a „felnőtt gyermek" már nem pusztán a jelenre reagál, hanem a múltra, de a jelenben!

Ez a mechanizmus tulajdonképpen úgy működik, mint egy „montázsmozi"; a montázsszemélyiség a jelenre rávetíti múltja filmszalagját, s e montázsmonitoron megjelenő képre válaszol. Vagyis a montázsszemélyiség maga alkot önmaga számára montázsképet (a valóság helyébe), mégpedig önsorsrontó sorsforgatókönyve dramaturgiájához igazodva, letakarva azzal mindenkori jelenét. Így azonban jelene reprezentatív figuráiból ő provokálja ki azt a vele szembeni viselkedést, magatartást, amit múltja mérvadó személyeitől korábban már elszenvedett, illetve azokból előhívott annak idején.

Ám itt beavatkozhat az andreutika. Megszakítva ezt a hibás kört, bezárhatja a „montázsmozit", éppen a látszólag múltorientált hősterápiájával, bevetve mint legfőbb műfaji „kelléket" – az önsegítő mikrocsoportot. A mikrocsoportban ugyanis a tagok eposzaikat a jelenben adják elő, interakcióik a jelenben történnek, a jelenre reagálva. Így ebben az óvó közegben, ebben a kései pótanyaméhben élik meg személyesen (és a jelenben!) a túlélést, átélve, hogy nem is szégyen az, amit egész eddigi életükben annak éreztek, és hogy amit máig is ható frusztrációnak érzékeltek, az sokszor egy múltbeli frusztrációélményük emléke csupán. Megszűnnek a múlt függvényeiként létezni, tudatosan és szorongás nélkül elvállalják jelenbeli önmagukat, mert – s ezt nem lehet elégszer ismételni – megtapasztalják nem szégyellni a múltat, és ennélfogva nem érzik úgy, mintha valamilyen eredendő gyengeséget rejtegetnének, amit a jelen bármely pillanatban leleplezhet. Tehát megtanulnak „személyes"-nek lenni, az „itt és most"-ban élni, miként a valódi felnőttek (miközben maguk szintén azzá formálódnak)[6]. Eltűnik speciális alapszégyenérzetük, amely valahogy imigyen szólt: „Nem én követek el időnként szégyellni valót, hanem én magam vagyok a szégyen, én magam, a létezésem a tévedés!", s képesek lesznek a jövőben – önmaguk miatt nem szégyenkezve – aktuálisan és hitelesen szégyellni egy-egy rosszul sikerült cselekedetüket (megbocsátani is tudva azonban önmaguknak).

5. *Az andreutika a klienst mint egész, felnőtt és felelős embert közelíti meg.* Az andreutika koncepciójából szervesen adódik, hogy a klienst nem tekinti páciensnek, nem betegként kezeli[7], hanem – problémája közös erővel történő megoldásához – munkatársnak (horribile dictu: kollégának!) törekszik megnyerni őt, a saját személyiségbeli adottságainak felismertetése útján. Ezt az irányultságot az ún. terápiás körülmények között is igyekszik érvényesíteni, sőt ilyenkor – különösen, ha kórházi pszichiátriai ellátás részét képezi! – még hangsúlyozottabban, kiváltképpen nyomatékosított formában artikulálva. Ez rendkívül fontos feltétele az embervezetői támogatás megvalósulásának (mondhatni, a sine qua non-ja), mert annak sikere állhat vagy bukhat rajta. Az andreutika ekként próbálja elérni, hogy a kliens már a segítés, illetve a gyógyítás kezdetén felnőttnek érezze magát. E célt szolgálja a hagyományos orvos-beteg kapcsolathoz képest jóval demokratikusabb és őszintébb szóhasználat és metakommunikáció alkalmazása, továbbá a kliens – önmagáért és másokért viselendő – felelősséggel való megterhelése, valamint felnőtt teljesítményhelyzetbe hozása (persze mindenkori állapotának megfelelően), s téve mindezt az önsegítő mikrocsoport, illetve a terápiás pedagógiai kiscsoport közegébe ágyazottan, ahol specifikus csoportdinamika

segít felnőtté válni. Az andreutika tehát azzal, hogy demonstráltan megelőlegezi a tényleges felnőttség „rangját" a kliensnek, nem pusztán ösztönzi és reményt kelt benne, hanem egy újabb korrektív emocionális élményt[8] biztosít a részére. Ugyanis megteremteti vele a „kifizetődő felnőttnek lenni", avagy a „boldog vagyok magamtól, magamnak" élményét, eljuttatva őt így a gyermeki énszeretet állapotából a felnőtt önszeretet dimenziójába.

Az „egész ember" kifejezés pedig azt a szándékot jelzi, miszerint az andreutika igyekszik a kodependencia uralásának mikéntjére is megtanítani a klienst. Ezért összviszonyaiban célozza megismerni és elfogadni őt (értve ezen múltját, jelenét, jövőjét, családi és társas körülményeit), s az addikcióhoz való kötődését is ebben a tág összefüggésben értelmezi és értelmezteti.

6. *Az andreutika – alkalmazása esetén – önmagát szüli, mert mintegy automatizmussal, maga produkál andreutákat a kliensekből.* Könnyen belátható, hogy az andreutika erejét egy benne – szinte spontán – működő paradox mechanizmus is biztosítja, amit valamiféle pozitív és dinamikus „önmegsemmisítő" rendszerként regisztrálhatunk, ráadásul empirikusan. „Önmegsemmisítő – önteremtő ereje" ugyanis nem pusztán logikailag igazolható (koncepciójából levezetve), hanem ezt mint tényt támasztják alá a már működő néhány önsegítő mikrocsoport (és kórházi terápiás pedagógiai kiscsoport) tapasztalatai. Mert a kliens, aki ebben az egyelőre még sajátos, a kölcsönös segítésen alapuló „magunk-gyógyítási" folyamatban tanulva meg az önsegítést érik valódi felnőtté, törvényszerűen emelkedik fel – természetesen az adottságainak megfelelő formában és mértékben – az andreuta (embervezető) szintjére, s fogja már maga „andreutizálni" a hozzá képest még elmaradó embertársait.

Az embervezetés tehát expressis verbis önfenntartó, és mint ilyen, financiálisan olcsóbb alternatíváját kínálja a konform hatósági és medicinális beavatkozásnak (amellett, hogy ezeknél rövidebb idejűnek és csaknem mindenkor hatékonyabbnak igérkezik.) Alkalmazása – ezenfelül – kombinálható az egészségügyi ellátás jelenlegi intézményrendszerével, sőt akár a kórházi terápiába is integrálható (ráépülve az önsegítő szerveződések autonómiájára).[9]

7. *A háromszög-terápia mint az andreutika harmadik nóvuma.* A háromszög-terápia szintén az andreutika „kitalálójának" ötlete (lásd Avar Pál: *Hősterápia.* Magvető Kiadó, Budapest, 1988. *Gyorsuló idő* sorozat). Eredeti formája és funkciója szerint az abuzőr típusú alkoholbetegek kezelésére kialakított mikro-családterápia, amely ugyanakkor – az A.A. mellett – forrása volt a már taglalt másik andreutikai nóvumnak, az önsegítő mikrocsoport-

nak. Úgy is nevezhető, hogy mikro-mikrocsoport.[10] Résztvevői: a terapeuta (embervezető), a kliens, valamint egy olyan, saját maga által választott családtagja, illetve ismerőse a kliensnek, aki vállalja a kliens folyamatos segítését.

A háromszög-terápia beindításának minimális feltételei: – a három résztvevő személy egy ünnepélyes aktussal (szerződéskötéssel) terápiás triáddá nyilvánítja magát, melynek tagjai egyenrangúak és megállapodásuk egyformán köti őket (tehát külön-külön senki nem bonthatja fel a szerződést); – a terápiás háromszög tagjai meghatározott szerepek betöltését vállalják – a triád létrehozása előtt az andreuta köteles tisztázni (legalább önmaga számára), hogy mi a kliens helyzete a családban (például nem éppen ő-e az a családtag, akit a többiek permanensen bűnbakolnak a családban).

A háromszög-terápia alkalmas az önsegítő mikrocsoporttól idegenkedő vagy valamely oknál fogva oda be nem illeszthető, elsősorban alkoholizáló kliensek tünetmentesítésére, illetve tünetcsökkentésére (ám előfordul, hogy a teljes személyiség rendeződésére is!).

8. *Az empátiatanítási „csere"-technika, az andreutika negyedik nóvuma.* Közismert, hogy az általában – és joggal – legkorszerűbbnek ítélt pszichológiai irányzat, a humanisztikus pszichológia nagy iskolái sokat tettek az empátia kutatásának és az ez irányú ismeretek hasznosításának terén. Feltárták belső mechanizmusát, rámutattak meghatározó szerepére, amelyet az autentikus emberi interakciókban játszik. Tisztázták: érett személyiség elképzelhetetlen az empátia képességének birtoklása nélkül, továbbá ezt a képességet igyekeztek szervesen beépíteni a pszichoterápiába s a lelki tanácsadásba. Ennek ellenére azonban gyakran tapasztalható (legalábbis nem egyszer és nem kétszer), hogy a pszichoterápiás beavatkozás éppen az empátiával összefüggésben (pontosabban: annak hiányából következően) bicsaklik meg, vagy akár vall kudarcot. A terápia során ugyanis a pszichés rendeződés hajlamos megtorpanni, illetve meghiúsulni, amikor a kliens beleütközik a beleérzés követelményébe, hiszen arra a „felnőtt gyermekségéből" adódó projektív irányultsága miatt képtelen. A kudarc fő oka – az andreutika gondolatmenete szerint – az, hogy még az e tekintetben leginkább elkötelezett rogersi személyközpontú iskola is viszonylag egyoldalúan kezeli az empátia szerepét a pszichés gyógyításban, mivel azt – lényegében – csupán a terapeuta felől vizsgálja. Elemzi ugyan a terapeuta személye, munkája és az empátiás készség megléte közötti kapcsolatot (és e vonatkozásban múlhatatlan érdemeket szerzett!), a klienst viszont – ebből a szempontból – tulajdonképpen sorsára hagyja, mert nála az empátiás képesség megszületését

(vagy megerősödését) nagyjából-egészéből a terápia hatására benne lezajló intrapszichés folyamatok kvázi spontán eredményétől reméli.

A rogersi terapeuta nem tanítja kliensének az empátiát, legfeljebb – és ezt is rendkívül közvetett, finom módon cselekszi! – rávezeti őt. Tehát a maximum, ameddig ebben az irányban elmegy, hogy gyakorlásából példát ad (persze anélkül, hogy ezt a kliensének néven nevezné). Ilyenformán a pszichoterápia hatékonysága nemcsak attól csökken, hogy elsősorban a sérült lelki tartományokra fókuszál, hanem attól is, hogy az empátiás képesség elsajátításában a kliens magára marad. Mindazonáltal e hiányosságok nem róhatók fel a rogersi humanisztikus iskolának, hiszen ezek – végső soron – legmeghatározóbb jellemző ismérvéből, a non-direktivitásból erednek (ami pedig – a maga idején – természetesen igen hasznos, új utat nyitó megközelítést jelentett a pszichoanalitikus terapeuta-kliens viszony hagyományos – bizonyos értelemben vett – merevségéhez képest).

Nos, az andreutika az empátiás pszichés segítségnyújtás kérdésében némiképp más álláspontra helyezkedik. Mert egyrészt befogadja és alkalmazza mndazt, amit a humanisztikus pszichológia az empátiával kapcsolatban megfogalmazott, másrészt azonban annál jóval tovább merészkedik: direkt módon is megtámogatja a klienst az empátiás irányultság létrehozásában, illetve megszilárdításában.

Az andreutika meggyőződéssel vallja, hogy az empátia tanítható (akár a felnőttkor derekán is), éppen a felnőtt én – általa stimulált – hatalomátvételi folyamatára építkezve. Ennek érdekében – negyedik nóvumaként – egy újszerű, sajátos empátiatanítási technikát működtet, melynek a „csere"-technika nevet adta. E technika kulcskérdése: „Cserélnél vele?" Két altechnikát tartalmaz, mindkettő több lépésből tevődik össze. A primér altechnika (hat lépésben) azon esetekre szól, amikor a kliens igen erős ellenszenvet (vagy akár gyűlöletet) táplál valakivel szemben. A szekunder altechnika (tíz lépésben) alkalmazása pedig olyan helyzetekben segít, amikor a kliens nagyon szeret, illetve nagyon akar szeretni egy másik személyt, aki azonban elutasítja, vagy – legalábbis a kliens saját megélésében – nem szereti eléggé viszont őt. Tapasztalatok bizonyítják, hogy a „csere"-technika – természetesen megfelelő előkészítés után – hatékonyan funkcionál. Még olyan klienseket is képes megérinteni, akikről egyébként – különböző okok miatt (pszichopátia diagnózisa stb.) – a pszichoterápia köztudomásúan hajlik lemondani. E technika programja jól igazodik a montázsszemélyiség karaktersajátosságaihoz, enyhíti – perspektívájában: megszünteti – kiszolgáltatottságát a saját „gyermeki" érzéseinek, mert 1. nem követeli meg a klienstől

a szándékolt empátiája tárgyát képező személlyel szembeni kritika feladását (vagy annak tudatos tompítását), valamint e kritikát kísérő indulat el-, illetve lefojtását; 2. én-erősítő hatású (ugyanis ösztönzi a saját én vállalását és egyben sikerélményt garantál); 3. én-elidegenítő jellegű; 4. nem idézi fel az énvesztés képzetét, illetve benyomását; 5. megkönnyíti a realitások tudomásulvételét (különös tekintettel a másság elfogadására); 6. a frusztrációt az empátiával próbálkozó kliensről áthelyezi a megcélzott személyre; 7. a „csere" mint szimbólum segítségével a klienst – az eredeti, szubjektív érzelmeihez, késztetéseihez való viszonyulásában – deszenzitizálja, illetve semlegesíti.

Az andreutika tehát nem éri be azzal, hogy a segítő, tanácsadó személyt (a terapeutát) sarkallja beleérzésre, hanem a direktivitást is felvállaló aktivitással – a „csere"-technikája,[11] önsegítő társulásai és a montázsszemélyiségre vonatkozó ismeretanyagának didaktikus közvetítése révén – a klienst igyekszik eljuttatni az empátia, a beleélés tudásához.

9. *A direktív és non-direktív stílus kombinációjára épülő direktivitás-dominancia teszi az „embervezetés" gyakorlását hitelessé és demokratikussá.* Amikor az andreutika – úgymond – dönt, hogy gyakorlatához a direktivitás vagy a non-direktivitás dominanciáját válassza-e, döntését két alapvető paraméter szabja meg: egyfelől az általa kitűzött stratégiai cél, az önszabályozó, érett ember (mint végpont), másfelől a montázsszemélyiség sajátos énszerkezete (mint kiindulópont). Tiszta, egynemű változat – ebben az alternatívában – szóba sem jöhet, éppen a kliens személyiségének specifikus minősége miatt. Vagyis – az „embervezetés" során – egyaránt meg kell felelni mind a direktivitást igénylő gyermeki én szükségleteinek (tekintély, hierarchia, biztonság, külső megerősítés, kreativitás-lehetőség stb.), mind a non-direktivitást szorgalmazó felnőtt én elvárásainak (egyenrangúság, egyenjogúság, autonómia, produktivitás-lehetőség stb.). Ám melyik vezetési stílusra, melyik irányítási módra helyezzük a hangsúlyt? Miként kontrollálja az andreuta a klienseket?

A pszichoterápia hagyományos formái hajlamosnak bizonyultak egyik vagy másik irányban szélsőségesen elcsúszni, s ez a körülmény is hozzájárult ahhoz, hogy erőfeszítéseik nemritkán kudarcba fulladtak, vagy nem a kívánt eredményt produkálták. A direktivitás túlzott érvényesítése gyermekiségében konzerválja a klienst, a non-direktivitás túlméretezésével (pláne ad absurdum vitelével!) pedig akként jár, mint amikor a rendkívül gyengén úszó gyereket mentőöv nélkül dobják be a mélyvízbe, és ráadásul vészkiáltásaira – persze némi „részvevő" hallgatás után – „non-direktív" módon

még ilyesmiket mondanak neki: „Úgy, tehát az a benyomásod, hogy vízben vagy?", „Gondolod, hogy mély a víz?", „Szóval azt mondod, hogy mély a víz.", „Bajban érzed magad, hm..." stb... A teljes non-direktivitással (vagy annak dominanciájával) sem tud tehát mit kezdeni a „felnőtt gyermek", hisz a vele járó „szabadság" agyonnyomja a gyermeki énjét.Tehetetlen, vergődik benne, sőt – miután terapeutái tagadják, hogy irányítanák őt és velük egyenlő szuverenitásúnak nyilvánítják – hamisnak, álságosnak éli meg. Fegyvertelennek és magára hagyatottnak érzi magát ilyenkor, sejti (és talán tudja is), hogy nem egészen „fair play"-t játszatnak vele. Nem csoda hát, hogy a „montázs"-kliensek általában szembefordulnak az ilyen terápiával, illetve – ebben vagy abban a formában – menekülnek belőle (és diagnózisukban felbukkan az „adekvát" verdikt: non-kooperatív, aszociális, kritikátlan, pszichopátiás irányultságú, pszichopata stb.).

Az andreuta viszont belátja a helyzet fonákságát (kliense egyszerre, egy személyben felnőtt és gyermek!), és – koncepciójához, valamint tevékenysége „tárgyához" alkalmazkodva – tudatosan a direktivitás által (kezdetben fajsúlyosabban, majd enyhébben) dominált non-direktivitást választja. Az andreutika ekként első pillanattól fogva elfogadja a montázsszemélyiséget mint gyermeket, s bátorítja mint felnőttet. Az „embervezető" a maga szülői énjével folyamatosan „sztrókolja" a kliens gyermek-énjét (a frusztrálással igen csínján bánik!), felnőtt énjéből pedig mintegy kölcsönad neki. És időnként a saját gyermek-énjét is megvillantja.

Konkrét tapasztalatok alapján állítható, hogy az andreutikai kliensvezetési stílus hiteles, és jó eredménnyel működtethető. Megfelelő funkcionálása az alább következő pozitívumokkal jár (összegezve): 1. demokratikus légkör (mert a kontroll osztott); 2. nyílt viszonyok, világosan tisztázott kompetenciák; 3. szeretettel telített miliő; 4. önmegvalósítási kihívások és motivációk.

A végeredmény így is megfogalmazható: az andreutika annak köszönheti autenticitását, hogy szövetségesévé teszi a kliensi gyerek-ént önmaga trónfosztásában.

(Szaktudományos kapcsolódásai és negatív diszciplináris meghatározása.) Az andreutika – mind elméletében, mind gyakorlatában – legszorosabban a humanisztikus pszichológia, a „harmadik erő" irányzatához kapcsolódik. Osztja ezen irányzat fő törekvését, amely – mint közismert – az önaktualizációt, az identitást és a totalitást célozza meg, ugyanúgy nem téve különbséget feltáró és támogató terápia között. (...)

(Mi nem az andreutika?) Az andreutika: nem pszichoterápia, hisz: a/ tevékenysége a nem „beteg" státusban levő emberekre is irányul; b/ szemlélete

– alapvetően – nem medicinális; c/ gyakorlatának markáns és szerves részét képezi a pedagógia, illetve a pedagógiai jellegű megközelítés. Továbbá se nem andragógia, se nem pusztán pedagógia, mert egyrészt a felnőttben igyekszik megragadni a „gyermeket", másrészt pedig – összefüggésben azzal is, hogy létrejötte a gyógyítás igényéből vezethető le – illeszkedik az úgymond nem egészséges emberek terápiájához(„antiterápiás" terápiaként, és mint ilyen rokon például az antipszichiátriával). Valamint nem „andreiátria", ugyanis nem „gyógyítani" törekszik, hanem vezetni az öngyógyításban (a bajaival és problémáival küszködőt).

(Kik végezzék, gyakorolják – hivatásszerűen – az andreutikát?) Olyan orvosok, papok, pszichológusok, szociológusok, tanárok, népművelők, szociális munkások és tanácsadók (sőt „ko-andreutaként" pszichiátriai szakápolók is!), akik elkötelezték magukat az andreutika paradigmája mellett.[12] (...)

Jegyzetek

1. Redemptio – kiváltás, megmentés (a hősterápia fogalma).

2. Az újraszocializálódás tekintetében is kiemelkedő az önsegítő mikrocsoport sajátos dramaturgiájának jelentősége, hiszen – akár az ókori görög színházban – a csoportban részt vevő kliens (gyakran ugyanazon az ülésen belül) hol eposzát előadó „protagonistaként", hol „kórustagként" szerepel (mikor éppen egy másik kliens van „terítéken"), s ilyetén módon a hősterápiának azon hatásmechanizmusa érvényesül, amely mintegy tolja őt egyfelől: önmaga nyílt elvállalásának, másfelől: a klienstársai, kvázi a közösség (a többi ember) elsőbbségben részesítésének irányába. Továbbá – ez a folyamatos „szerepcsere" – a pszichés rendeződésre ugyancsak jótékonyan hat, mert pozitív intrapszichés folyamatokat indukál (az ahá-élményeken keresztül).

3. Poligrupális viszonyok – több csoporthoz való egyidejű tartozás (a hősterápia fogalma).

4. Szinonim, s nem paralel, mert Avar Pál egyrészt külön tényezőnek veszi a kamasz, illetve adoleszcens ént, másrészt kidolgozza és szervesen beiktatja a montázsmechanizmust. Így fogalma árnyaltabb és dinamikusabb, mint Bradshaw-é.

5. A „felnőtt gyermeknek" tehát van valódi felnőtt énje, legfeljebb az nem erősödött meg kellőképpen és nem jól harmonizál személyisége egé-

szével, s így ő a legkisebb tét vagy terhelés esetén megfutamodik a felelősség elől, kötelességeit sutba dobja stb.

6. Sőt, mivel a felnőtt én hatalomátvétele fejlesztően hat vissza a felettes énre, valamint megerősítheti és átstrukturálhatja a montázsszemélyiség szülői énjét (amely kopírozza a feltehetőleg szintén „felnőtt gyermek" szülők sorsrontó szülői énjét), megkockáztatható az a feltevés, miszerint az andreutika újszerű, az eddigieknél hatásosabb módját igéri általában a pszichopátia, a szkizofrénia és a neurózis terápiájának (kiegészítve természetesen azok hagyományos, de lehetőleg minimális mértékű és tartamú gyógyszeres kezelését). E lehetőség kiaknázása viszont további ez irányú kutatások elvégzését igényli.

7. Természetesen, amennyiben a kliens státusa „beteg", ez a hozzá való viszonyulás módját, formáját jelenti, nem az indokolt orvosi ellátás szükségességének tagadását.

8. Az első korrektív emocionális élményt – mint már láttuk – azzal idézi elő, hogy „védőszárnyai" alatt büntetlenül és megszégyenítés nélkül lehet „gyermeknek" mutatkozni.

9. A klienst embervezetővé fejlesztő mikrocsoport ötletének kidolgozásakor és gyakorlatának kimunkálásakor az andreutika megalkotójára nagymértékben hatott az A.A. (Alcoholics Anonymous) személyes megismerése az USA-ban (dr. Avar Pál közlése).

10. Döntő különbség azonban, hogy míg a háromszög-terápiában családtagok (vagy közeli barátok) vesznek részt, addig az önsegítő mikrocsoport tagjai – mint már említettem – nem rokonok, sőt egymás számára eredetileg idegenek és ismeretlenek.

11. Első részletes leírását lásd Fekete György: Cserélnél vele? Előzetes közlemény. Referáló Szemle, 1992/3. Országos Alkohológiai Intézet, Budapest. Kézirat gyanánt.

12. A felsorolt foglalkozású érdeklődő olvasók részéről megkeresést a szerző készséggel fogad.

Fekete György: „Embervezetés". Valóság, 1983/8.

4.

(...) Az andreutika lényege, szemléletbeli alapállása, domináns praxisa a következőképp összegezhető:

1. A pácienst mint *egész embert* közelítjük meg, s ily módon összviszonyaiban törekszünk megragadni őt, értve ezalatt múltját-jelenét-jövőjét, familiáris és szociális körülményeit. Az alkoholhoz-droghoz való kötődését is ebben a kontextusban értelmezzük tehát. Nyilvánvaló ugyanis, hogy általában minden pszichés megbetegedés mindig egy adott, konkrét szociális közegben, állandósult interakcionális környezetben zajlik le, megmerevedett játszmák (game-ek) kijegecesedett forgatókönyvei mentén. Ráadásul a pszichésen beteg embernek nem pusztán a lelke csonkulhat, illetve a személyisége sérülhet, hanem a társulási viszonyainak hálója, szövedéke is felszakadozhat (vagy akár szét is foszlik), sőt a vele szoros közelségben élő személyeket – a *kodependencia* mechanizmusából adódóan – szintén fenyegeti a megbetegedés veszélye. Ez utóbbi jelenség – sajnos – különösen gyakori a már gyógyulófélben lévő alkoholbetegek körében, amikor a bajából már majdnem kievickélt szerencsétlent éppen a környezete (legtöbbször a családja) rántja, illetve löki vissza „sorsvermébe", hisz ők maguk is – időközben vagy már előbb – megsérültek.

2. Az egész ember kifejezés azt is jelenti, hogy a beteget mint felelős, mégpedig *önmagáért felelős* személyt célozzuk meg, tehát mindvégig – amennyire csak lehet – *felnőtt* emberként bánunk vele. Ez az irányultságunk csupán hasonlít a hagyományos pszichiátriai kezelés során, a pszichoterápiában igényelt betegmotiváltsághoz, mert egyrészt szinte azonnali tréningterepet kínál a páciensnek, hogy a *másokért is felelősséget viselő* ember szerepét már a gyógyulási-gyógyítási időszakban átérezhesse és gyakorolhassa, másrészt tényleges, valóságos partnerviszony kialakítását feltételezi a professzionális tanácsadó és közte, s végül mert szorosan kapcsolódik az ún. önsegítés eszméjéhez.

Az andreutika „betegszemléletét" verbálisan is jelzi: a páciens szó helyett a *kliens fogalommal* operál. Ez a kliens-fogalom *nem azonos a rogers-i klienskózpontúsággal.* (...)

A „felnőtt gyermekség" jelensége (...) nem egyszerűen infantilizmus, hanem – a pszichiátria szókincsével élve – pszichoinfantilizmus (akár manifeszt, akár larvált, illetve szublimált formában). Az ebben az állapotban keletkező feszültség levezetésére, *mintegy „öngyógyításként"* nyúl a kliens az addikció különböző eszközeihez. A hősterápia e ponton nyújt újat: első lépésben elfogadja a kliens részéről ezt az„öngyógyítást" (holott az valójában önsorsrontás!), hogy majd a szenvedő embert az önsegítés, a csoport és a heroizmus erejével a reális öngyógyítás útjára segítse. Ez a belátás lényeges, mert a kliens – kezdetben – keményen ragaszkodik „öngyógyításának" hamis tudatához. Ezzel szemben mi őt nem egy megbélyegezhető, úgymond kifogásolható erkölcsű és könnyű jellemű egyénként kezeljük (mint ahogy ezt rendre megtapasztalta a társdalmunkban szokásos stigmatizáció célpontjaként), hanem olyan valakinek értékeljük, aki önsorsrontásával pontosan a bajai ellen lázad. Így elérhető, hogy fokozatosan kioldódik belőle a benne addig mindvégig égett alapszégyenérzet... (...)

...Vajon milyen munkakaraktert kíván a tevékenység magától az embervezetőtől. Az optimum a következő lenne: az andreuta jelentésében értelmezett terapeuta, professzionális tanácsadó, szociális munkás stb. fogalma nem azonos a szakmában elterjedt (rogers-i) terapeuta típusával, legfeljebb épülhet rá.

Először: Az andreuta – felvállaltan! – *direktív* „terapeuta". Ezért fokozottan ügyel a frusztráció és a stroke alkalmazásának helyes arányára, a kliens teherbíró képességét figyelembe véve. (Megjegyzem, az összes többi sajátosság ebből a direktivitásból következik.)

Másodszor: Az embervezető *nyíltan felvállalja a konfrontációt* a klienssel. Ez azért elkerülhetetlen, mert a rövid dinamikus pszichoterápia eszközeivel is dolgozik (lásd például a klasszikus két interjú-háromszöget, a konfliktus és a személyek háromszögét, melyeknek csúcsai, egyfelől: védekezés – szorongás – rejtett érzés, másfelől: indulatáttétel a terapeutával szemben – a jelenbeli kapcsolatok reprezentatív személyei – a múltbeli kapcsolatok orientációs figurái).

Harmadszor: Kifejezetten *aktív,* mert egyrészt, ha kell, *beavatkozik a kliens életébe,* másrészt – adott esetben – egyenesen *bátorítja* annak *tüneti viselkedését* (természetesen kontroll alatt).

Negyedszer: Nem tagadja, hogy ő az irányító (a klienssel fenntartott viszonyában).

Ötödször: Kliensét nem betegnek, hanem vele valóban egyenrangú (és -jogú!) társának tartja.

Hatodszor: Nem titkolja, hogy ő is hús-vér ember, aki szintén megjárta a saját *„Golgotáját"*.

Hetedszer: Nem egyszerűen rátereli a klienst a helyes életvezetésre, hanem követelményeit nyíltan fogalmazza meg, s így elfogadja a személyes hitelességgel járó megkérdezhetőség és megkérdőjelezhetőség kockázatát.

Nyolcadszor: Tevékenységét nem a medicinális-hospitális hierarchia mindenekfelettisége határozza meg.

Végül kilencedszer: Az embervezető bármilyen fogást, illetve technikát alkalmaz, metodikája mindenkor ténylegesen kliensközpontú.

Az andreuta tehát *személyes* (a szó legteljesebb értelmében), nem érintetlen, „szűz" viasz, nem pusztán tükör, miként a rogers-i terapeuta. Tanítványként vállalja el klienseit és – mint a jó pedagógus – azt sem bánja, ha egyikük-másikuk őt magát is túlnövi, illetve túlszárnyalja. (...)

...Hadd tömörítsem egy mondatba az embervezetés, a hősterápia szellemét: felnőtt teljesítményhelyzetbe kell hozni az embereket! Mert siker esetén – és akkor az andreuta fáradsága nem volt hiábavaló – a következőt mondhatják:

„Ezt a klassz dolgot megcsináltam, tehát akár meg is dögölhetek már. Ám ha ilyen klassz dologra vagyok képes, minek dögölnék meg?!"

Fekete György: Embervezetési technikák a szenvedélybetegek gondozásában. Egyház és világ, 1993/3.

III. FEJEZET

Az andreutika alapfogalma: a montázs-személyiség

1.

Napi szakmai gyakorlatunk során úgy tapasztaltuk, hogy az elvonókezelésre beutalt betegek között gyakoriak az olyan kliensek, akiknek a személyiségére leginkább a montázs-személyiség fogalmat éreztük találónak. Személyiségük sajátosan összetett, egymásravetült részekből áll, náluk a felnőttkori személyiségvonások (felelősségvállalás, döntési képesség, nagyobb frusztrációs tolerancia stb.) mellett jól felismerhetően megtalálhatók a kamaszkori, sőt még a gyermeki vonások is. Néhány esetben sikerült megragadnunk a terápia során e betegek komplex állapotát és értelmezni a megoldás útját, a világos, egyértelmű felnőtt profil együttes erővel történő „kihúzását", kirajzolását. E páciensek nehezen lettek volna besorolhatók valamely személyiségdiagnosztikai osztályba. Illetőleg minden újabb felvételkor az akkori teljesítményük alapján akár egy másik osztályba is beilleszthetőkké váltak. Pl. aki egyik alkalommal neurotikusnak tűnt, máskor határozottan pszichopátiás munkamódokat alkalmazott. Néha egy-egy beteg a pszichózis gyanúját is magára vonta.

M. L. 28 éves, időnként szeszes itallal visszaélő személy. Azért fordult orvosi-pszichológiai segítségért, mert nem tud bánni a pénzzel, teljesen eladósodott. Anyját azzal bünteti, hogy hozzá mint külső segítséghez folyamodik, adósságait vele fizetteti ki. Az anyának egyébként mindig van pénze, ergo „megfontoltan" költ. A beteg beszámol nekünk, hogy egy napon kapcsolatot kezdett egy lánnyal. Meglehetősen bátortalanul kezdeményezett, ám egy hirtelen döntéssel randevút beszélt meg vele. A találkozó közeledtével azonban szorongani kezdett, majd szorongását csillapítandó, felhajtott né-

hány üveg sört. „Csak laza akartam lenni, mégis meglehetősen kapatos állapotban érkeztem meg" – mondja, majd így folytatja: – „Amikor a lány meglátott, először nem tudta mitévő legyen. Riadtan nézett maga körül, aztán hirtelen sarkon fordult, és felugrott egy arra haladó autóbuszra. Én rögtön észrevettem, hogy a lány nincs sehol. Először a távolodó busz után kezdtem futni, de amikor rájöttem, hogy a következő megállóig nem érem utol, felszálltam egy másik kocsira." Megkezdődött a hajsza. A lány az egyik kocsiról a másikra átszállva menekült, a fiú meg utána kaptatott. Így kergetőztek egész délután. A találkozóból persze nem lett semmi, sőt a kapcsolat is örökre elveszett. Ezt a lány másnap közölte a fiúval.

M. L. személyiségképe olyan, mintha a gyermekkori, valamint a kamaszkori profilját a felnőttkorira fényképezték volna rá. Bármit szándékozik is cselekedni, olyan tanácstalanság fogja el, mint azt a színészt aki három rendezőtől három különböző instrukcót kap a színpadon, vagy filmforgatás közben. A montázs-személyiség helyzetén senki és semmi sem segít. Ezért gyakran keletkezik feszültség benne, és ez a feszültség aztán nőttön nő. Nincsenek fogódzók. Olyan valaki sem szokott a közelben lenni, aki megmondaná, hogy adott alkalommal mit kell tenni. A tanácstalanságból fakadó feszültség frusztrációhoz vezet. A frusztráció pedig vagy agressziót, vagy regressziót, esetleg fixációt, vagy rezignációt eredményez.

De akár egyszerre több inadekvát cselekvést is. A tanácstalan ember zavaros, kaotikus viselkedést tanúsít. Rendszerint még a környezetét is indukálja, amennyiben a partner is hasonlóan gyermeki szinten reagál egy acting out-nak megfelelő, differenciálatlan indulati reakcióval. Ezt tette a lány M. L. viselkedésére válaszul: pánikos állapotba került és menekülni próbált.

Felfedezhető-e valami célszerűség az ilyen anarchikus megnyilvánulásban?

Vegyünk elő általánosabb példát! Aki alkoholbetegekkel foglalkozik, gyakran találkozik azzal az ún. akaratgyenge beteggel, aki az italboltban mindenkinek fizet, hogy társai elismerését „megvásárolja". Legtöbbjük azonban sohasem veszi észre, hogy az igazi respektust ilyen csekély értékű anyagi eszközzel aligha lehet megvásárolni. Holott minden társaság szemében értékesebb az egyértelmű, férfias magatartás. Ha pl. már felhajtott egy-két pohárral, és tudatában van annak, hogy mértéket kell tartania, bátran kijelenti: „Megyek, mert dolgom van", vagy „Köszönöm, már nem vagyok szomjas". Emberünk azonban éppen erre, az egyértelmű viselkedésre nem képes.Miért nem? Felfogásunk szerint azért, mert még nem rajzolódott ki, nem tudatosult benne a homogén, felnőtt identitás. Magával cipeli kamaszos

énjét, ugyanígy a gyermekit is, és engedi őket érvényesülni. Reflexív énjében keletkező feszültségét egy bizonyos határon túl sem megoldani, sem elviselni nem képes.

A növekvő feszültség frusztráló hatására tudata beszűkül, észlelésének komplexitása elvész, magatartása pedig megmerevedik. Kirobbanna belőle az agresszív indulat. De ha megfelelőképpen szocializálták, ezt akár fogait összeszorítva is elkerüli. Így a leggyakrabban az időnyerésre alkalmas elhalasztás, eltolás szokott bekövetkezni. Ennek sikeres kivitelezéséhez feszültségét kénytelen csökkenteni is a frusztrált ember. A felnőtt megoldási módokra még éretlen személyiség kapva kap az olyan instrumentumon, amilyen pl. egy bódító hatású kémiai eszköz. Ez ősidők óta leggyakrabban az alkohol szokott lenni. Két dologra is alkalmas ez az eszköz:

1. Farmakológiai hatásmechanizmusa gátlásokat oldóan szabadítja fel a pszichomotóriumot.

2. Jól ismert az alkoholnak az a tulajdonsága, hogy „elveszi az ember eszét". Tehát, aki fogyasztja, nem képes felelni a cselekedeteiért. Köztudott az is, hogy az ún. bátor tettek előtt, olykor még bűncselekmények elkövetése előtt is szokás néhány pohárral felhajtania annak, aki az alkoholnak mindkét funkcióját ki akarja használni, mindkettővel vissza akar élni.

Erre valósággal sodorja a létrejövő „felszabadultság", feldobottság, eufória. Ez némely kutató szerint a lassan bomló acetaldehidből keletkező ópiumszerű anyagok (pl. endorfin) hatására is létrejön. Ez a mámorérzés olykor teljesen megszállja a személyiséget. Az ilyen ember mindenre képesnek érzi magát. Énje kitágul, időélmény-horizontja szinte a végtelenbe fut. Ez az állapot gyakran jár a kreativitás csalóka élményével.

De ha a konfliktus során társas értékek sértése történt, krízis is indukálódhat. Főleg ha a beteg még ambivalens is – éppen montázs-személyiségszerkezete miatt. A bűntudati feszültség frusztráló hatására a tudat beszűkülése, majd az alkohol (vagy egyéb drog) farmakológiai hatásai összeadódnak és olyan mentális konfúziót hozhatnak létre, amely mind a személyiségszerkezet, mind a kémiai hatás folytán kétszeresen is a magatartás kaotikussá válásához vezet.

Az ilyen regrediált állapotban csapkodó-kapkodó, esetleg garázda beteg viselkedése – nézetünk szerint – valahogy mégsem tekinthető célszerűtlennek. A rendszerelmélet és tanuláselmélet a Skinner madárkísérletében észlelt szárnycsapkodást is „próba-szerencse" (trial and error) magatartásnak minősítette, s mint ilyet, primitív szintű problémamegoldó viselkedésnek fogta fel.

H. Haken (1984) a szinergetika első megfogalmazója minden kaotikus állapotot célszerűnek tekint, mert belőle újra elindulhat az önszabályozó struktúrák keletkezése és differenciálódása. A célszerűség nála is a zavaros viselkedés próba-szerencse jellegével értelmezhető.

De még több analógiát is lehet találni mind az élő, mind az élettelen világ területén. Gondoljunk például arra, hogy egy légy, vagy darázs milyen bonyolult pályát ír le, ha észreveszi, hogy valaki vagy valami les rá, és meg akarja őt zavarni a lakmározásban, esetleg az életére tör. Úgy repülnek a megriadt rovarok, hogy többször is az „ellenség" hátába kerüljenek, mintha csak a figyelmét szeretnék elterelni. Eltelő stratégiát alkalmaznak.

A kaotikus viselkedés jól felismerhető az állatok vetélkedő, viszálykodó magatartásában is. A zavarkeltés-stratégia – legalábbis szerintünk – az ellenség megtévesztésére irányul. De ezt a viselkedést veszi fel a mi M. L. nevű betegünk partnere is, akit a fiú állapota indukál. A lány ugyanis kooperatív magatartásra készült fel. Ehelyett azonban frusztráló szituációban találta magát. Ebből aztán haragos vetélkedés, viaskodás, kompetíció és nem a kapcsolatot építő vagy továbbépítő magatartás kerekedett ki.

M. L. tulajdonképpeni „ellenfele" persze nem a lány volt, hanem a 28 éves korra joggal elvárható egyértelmű viselkedési követelmények az adott helyzetben, sajátos felnőtt szerepelvárásokkal. A felnőtt viselkedést nem tudta hozni a nőnek, akinek randevút adott, bár az természetesen ezt várta tőle.

Meg vagyunk győződve róla, hogy megfelelő és alapos instrukcióval, azaz egy célzott edukatív-terápiás előkészítéssel M. L. is képes lett volna kivitelezni ezt a bizonyos felnőtt viselkedést. Műveltségéből nem hiányoztak a szükséges ismeretek, személyiségképében meg lehetett találni a felnőtt vonásokat is. Mindössze a hangsúlyt kellett volna valakinek határozottan „eltolni" a felnőtt viselkedés irányába, a felnőtt viselkedési minták használatára késztetni.

A jó terápia, miként a jó nevelés is valójában iskola, próba-szituáció, gyakorlat. Erre alkalmas lehet az egyéni terápiás munka csakúgy, mint egy családot pótló közösség, amelyben meg lehet tanulni és be lehet gyakorolni a felnőtt magatartást, a viselkedés különböző fejlettségi szinteket igénylő elemeinek, hangsúlyainak a felnőttségre történő áthelyezését.

A felnőttnevelésben, az andragógiában és speciális „helyretevéstani" változatában, a betegvezetésben ez ugyanúgy történhet, mint pl. az autóvezetés oktatásában: rávezetés, gyakoroltatás és így tovább. Tanácsos olyan teljesítmények után nyomozni, amelyeket a kliens már preformált megelőző életében (heroikus elemek). Énjét azzal erősíteni, hogy feketén-fehéren mutat-

juk meg neki, mire képes – mert korábban már képes volt! – ha egyszer „minden együtt van".

M. L. esetét folytatva vissza kell mennünk a beteg előtörténetéhez. Fontosnak tartjuk megemlíteni a fiatalember szexuális életét is. Aszténiás-neuraszténiás alkati adottságából is, de még inkább anya-kötöttségéből fakadhatott szexuális teljesítményének kudarcos volta. Az ejaculatio praecoxnál alig hosszabb időtartamú együttlétek nem elégítették ki a feleségét, őt pedig már ez a teljesítménye is kimerítette. Ezért az aktusokat megnyújtani nem tudta. Más nőkkel kapcsolatban is hasonló teljesítmények után vált mindig kétségbeesetté, majd indulatossá, agresszívvé. Női partnerei természetes igényeit túlzott követeléseknek fogta fel, amelyek frusztrálták őt. A frusztráció belőle is általában agressziót váltott ki. Az agressziótól – nyilván tudat alatt – valahogy berzenkedett, mert pl. a gyermeki szerep őt egyenesen az anyjától való függőségre emlékeztette, s leválási képtelenségét juttatta eszébe (kamasz ambivalencia!). Egocentrikus gyermeki magatartásra vallott viszont, hogy az anyjától a lázadás ellenére is minden segítséget elfogadott, őt gyakran kihasználta.

Az alkoholizmusra, a gyógyszeres vagy egyéb addikciókra hajló embereknél a legtöbb esetben megtalálható mindhárom életkori sajátosság egyidejű jelenléte. Az adaptációs nehézséget az okozza, hogy nem tudja a számára legérettebb fejlődési fokozathoz tartozó viselkedés-repertoárt működtetni, nem tud érett felnőtt módjára viselkedni. Ez a bizonyos montázs-személyiség.

Az énhatárok kialakulása nem jelenti azt, hogy az egyén számára a világ teljesen és végérvényesen tárgyiasult, tehát elidegenedett. A fejlődéslélektan francia iskolája (Janet, Clérambault, Wallon) az én „területén" helyezi el a „másikat" (socius, alter), melyet egyfelől veleszületettnek, másfelől az énfejlődés során megszerzett alkotórésznek tekint. ez az alkotórészünk volna felelős a másikkal vagy másokkal való társulásért, kooperációért a problémamegoldás pragmatikus céljából. Ebből az adottságból nő ki a kapcsolatteremtés és megtartás sikere, de hiányossága is.

Kohlberg (1969) jelöli meg határozottan azt az 5-7 és 13 év közötti kort (kisiskoláskor), mint a relativizmus, a szülői-iskolai intézményektől való függés korát, amelyben a már stabilizálódó én minden alkalmas instrumentumot felhasznál saját érvényesülésére, önmaga elfogadtatására. Nagyon gyakran örömszerzésre és kínkerülésre. Erre az életkorra jellemző az a csereviszony, amit a szociálpszichológiai csereelmélet fogalmaz meg legtisztábban. Adok, veszek, érzelmeket beruházok, hogy azokat kamatostul

visszakapjam. Jellemző tehát „a cél szentesíti az eszközt"-elv, ezért is nevezi Kohlberg ezt az erkölcsi szintet instrumentális egocentrizmusnak, hedonizmusnak. A gyermek komolyabb morális-etikai konfliktusba csak a 13. életéve után, a kamaszkorban kerül. A másodlagos nemi jelleg határozott kifejlődésével párhuzamosan előrevetül a felnőttség lehetősége, annak törvényszerű közeledése. Az átvezető krízisben a tudatból radikálisan kiszorul a hedonizmus, s helyette megjelenik a felnőttségre utaló, mások iránt felelős altruizmus igénye. Ehhez felnőtt példák, eszményképek közelségére és követésére van szüksége a kamasznak. Radikalizmusában csak feketén-fehéren tud ítélni, csak az „igazi" értékeket ismeri el. Minden más értéket árulásnak és megalkuvásnak tekint, s ezért ezeket határozottan elutasítja. A szülők – és táguló világképében a társadalmi intézmények – gyakran kompromiszszumokkal tarkított értékrendje elfogadhatatlan a számára.

Konformis, egyben rugalmas magatartást majd csak akkor tud megvalósítani, ha annyi tapasztalatot gyűjtött már, amennyi a rövid adoleszcens szakaszon át eljuttatja őt a felnőttség stádiumába. Ez, Erickson megfogalmazása szerint újabb válsággal járhat. De mint tudjuk, ezekből az életkori válságokból jó esetben általában kreatívan, gazdagabb tulajdonságokkal és fejlettebb, érettebb formában szokott kikerülni az egyén. Kedvező körülmények között elfogadó, ugyanakkor normatív szülői-nevelői környezetben zajlik ez a fejlődés, amelynek eredményeképpen válik az ember alkalmassá alapvető szükségletei kielégítésére (W. Glasser, 1965). Ezt a folyamatot – a szociálpszichológiai tanítások tükrében – a szülő-gyerek kapcsolat kölcsönösségének (alkudozás) játékszabályai irányítják (Gossler, Cottrell, Le Vine). Miként a tapasztalat is igazolja, az embernek nemcsak fizikai arcképe alakul ki a fejlődés során, hanem a személyiségképe is változik.

Gyakorlati példák során jutottunk arra a következtetésre, hogy a dependenciára hajló, addiktív egyének személyiségképében montázsszerűen felismerhető mind a három arckép. A megelőző két fázisnak megfelelő viselkedés alkalmatlan helyen és időben történő felbukkanása, esetleges dominanciája háttérbe szorítja az érett felnőtt viselkedést. A jogos szerepelvárás deficitje törvényszerűen érzelmi ambivalenciát, gyakori tanácstalanságot okoz, amely bizonyos ellentétes motivációk folytán belső és külső ütközésekhez vezet. Gyakran olyan zavarhoz, amely már a frusztráció patológiájával jellemezhető. A beszűkült tudat egy idő után súlyos percepciós korlátozottságra, csőlátásra, a megdermedt, megmerevedett dinamika tehetetlenségére vagy agresszív, regresszív magatartásbeli megnyilatkozásra kényszerül. Az egyébként esetleg magas szintű személyiség olykor egyik pillanatról a má-

sikra a próba-szerencse szintre primitivizálódik, vagy válik fokozatosan és egyre felismerhetőbben kaotikussá, az intelligenciaszinttől függetlenül.

Munkahipotézisünkben a gyermeki, a kamaszos és a felnőtt életkori sajátosságokkal jobban tudtunk operálni, mint a tranzakcióanalízis három éndimenziójával. Koncepciónkban a felnőtt én magában foglalja a szülői ént is, mivel az alapvető szükségletek közé a felelősség vállalása és annak igénye is beletartozik, hogy „énértem is feleljenek mások". Hasonlóképpen, mint a realitás terápiában meghatározott másik két alapszükséglet: a szeretet és a „szeretve levés", valamint a mások becsülése és a mások általi megbecsülés (W. Glasser 1965).

A terápiának, jobban mondva a változtató beavatkozásnak, helyretevésnek határozottan kell irányulnia a montázskép olyanfajta egyértelműsítésére, amely a gyermeki és a kamaszos vonások elhalványítását és a felnőtt vonások kihangsúlyozását eredményezheti. Alig képzelhető el persze, hogy bárminemű beavatkozással örökre és láthatatlanul kitörölhetők volnának a korai arcvonások. Azok később palimpszesztusszerűen alighanem továbbra is kivehetők majd emberünk felnőtt képmásán, de esetleg már nem okoznak zavart a személyiség mindennapos feszültségszabályozásában. A magatartást, sikeres terápia esetén, fokozatosan a felnőtt motiváció irányítja majd. A gyermeki és kamaszos vonások egyre kevesebb gondot okoznak az eredményes alkalmazkodásban. Csupán színezik és egyénítik a „viselkedő" személyiségét és annak viselkedésrepertoárját (gyermeki vagy kamaszos báj egy meglett ember portréján).

Hogyan lehet ezt a gyakorlatban elérni?

Úgy, hogy a foglalkozások során igényt támasztunk arra, hogy a személy „hozza" felnőtt teljesítményét. Ennek az igénynek és elvárásnak a felvetésében lehet felhasználni a múltbeli heroikus elemeket, amelyek felmutatása és epikus feldolgozása révén a páciens saját élettörténeti anyagával cáfolja majd meg a „reménytelenséget", az én-gyengeség oozta teljesítményszintcsökkenést. Az énerő kulmináló felemelő élményei gyakran az én-ideál felől érkeznek, s narcisztikus fémjelzéssel épülnek be az emlékezetbe.

Sokszor az énképet sem gyarapították ezek a hősies teljesítmények, mert megismétlésükre vagy nem volt lehetősége a páciensnek, vagy ha alkalom adódott is rá, ő maga inszufficiensnek bizonyult további „csúcsteljesítmények" létrehozására. A terapeuta-páciens problémamegoldó szövetségében az élettörténet heroikus teljesítményeinek felidézése – ha csak átmenetileg is – megnövelheti a páciens önértékét, alkalmasságtudatát. Epikus feldolgozásuk ezért lehet hasznos az egyértelmű felnőtt identitás megszilárdításában.

Ugyanakkor ne vezesse félre a terapeutát, ha betege időnként már felnőttes magatartást produkál. Hiszen nem biztos, hogy ez már a felnőtt profil megszilárdulását jelenti. Lehet, hogy csak a kamasz személyiség „alakítása". A kliens ismét ambivalenssé regrediálhat: szorongani kezd, feszültté válik, s újra inni kezd, mert úgy érzi, hogy minden összeomlott, s ezt nem tudja másképp elviselni.

A montázs-személyiségeken belül a különböző fejlődési stádiumokat reprezentáló karakterjegyek aránya gyakran huzamosabb időre is eltorzul, eltolódik vagy megbomlik. Ez az eltorzulás, eltolódás, vagy megbomlás az adott időszakban akár mennyiségileg is kifejezhető. Pl. gy: 1, k: 2, f: 0; vagy gy: 2, k: 0, f:1 stb. (ahol gy: gyermeki vonások, k: kamaszos vonások, f: felnőtt vonások).

A montázs-személyiséget a stabil felnőtt egyéntől az különbözteti meg, hogy a számára döntő helyzetekben sem képes túltenni magát akár gyermeki, akár kamaszos énje túlsúlyán. Nem képes fölébük kerekedni. Ezért születnek oly gyakran az esetlegesen előre megjósolható, majd később megbánt „éretlen döntések", amelyeket azután talán sohasem lehet korrigálni. Nézzünk egy példát:

N. J. 36 éves érettségizett férfi, dependens ivó; kocsikísérőnek azért szegődött el, mert ott nem az övé a felelősség. Nála idősebb felesége néhány évi házasság után elvált tőle, mert „megunta a hátán cipelni gyermeki természetű férjét". Az persze attól kezdve még nagyobb mértékben italozott, amit azzal indokolt, hogy valamibe kellett kapaszkodnia. Elvonókúrára fogászati rendelésről irányították gondozónkba. Rövid idő alatt absztinenssé lehetett tenni egy akkor új, Klonidin nevű gyógyszer segítségével. A beteget ellenőrzésekre később is az elvált felesége kísérte. Háromszögterápia keretében ő szerezte és adta be neki a gyógyszert. Kedélye a házassági kötelék meglazulása óta egyfolytában nyomott volt. Mióta az aktív sportból kiöregedett (elsőosztályú labdarúgó volt) és már nem ivott, nem járt el hazulról. Szabad idejében a televíziót nézte és legfeljebb újságot olvasott. Terápiájában olyan személyiségkorrekcióra törekedtünk, amelynek során később a felnőttség jellemzői is megjelentek. (Személyiségében a terápia kezdetén a különböző fejlődési szintek arányát a következőképpen becsültük: gy: 2, k: 1 és f: 0).

A felnőttség jellemzőjét láttuk megvalósulni, amikor volt ivócimboráját sikerült elvonókúrára rábeszélnie, majd iskolai végzettségének (technikusi oklevél) megfelelő feladatkört vállalt. Az alkoholfüggőség megszüntetésével a gyermeki egocentrizmust, hedonizmust is csökkentette, majd később képes

volt szembenézni a „rideg valósággal", azzal, hogy felesége elvált tőle, és később végérvényesen elhagyta.

Bennünket az alkohológiai, addiktológiai munka közismert nehézségei, kevés sikere és gyakori kudarcai késztettek arra, hogy a naponta szemünk előtt feltáruló problémák halmazában próbáljunk meg jobban eligazodni és a korábbinál rövidebb idő alatt is célravezetőbb terápiás attitűdöket kimunkálni. Ez a pragmatikus szándék a megvalósítás során szembesített bennünket a számunkra is váratlanul elénk tornyosuló elméleti paradigmákkal. Arra kényszerültünk, hogy felhasználjunk régebbi nézeteket és tapasztalatokat. Sőt új fogalmak bevezetését is megkíséreljük. Ezt a munkát a jelenségkör összetettsége miatt csupán vázlatnak tekintettük, amely a későbbiekben még részletesebb kifejtésre és továbbfejlesztésre szorul.

Visszatekintés, 1995.

Az alkoholista nőkkel és egészséges nőkkel végzett összehasonlító kutatásom eredményei hívták fel a figyelmemet arra, hogy az alkoholisták (az addiktív-kompulzív személyiségek) sorsát érzelmi sérülés alapozza meg. Később tudtam lokalizálni az érzelmi sérülés helyét az énben, amikor megismertem a tranzakcióanalízis (Berne) strukturális modelljét. Világossá vált számomra, hogy az érzelmi sérülés bekövetkezhet akár a Szülői, akár a Gyermeki énállapotban, s ez akadályává válik a Felnőtt működésének. Az autentikus érzések helyett érvényesülnek a működésben a parazita érzések és létrejönnek a funkcionális zavarok (R. Erskine, C. Steiner).

A dr. Ávar Pállal közösen megírt közleményben használt montázs-személyiség fogalom azonos az amerikai alkohológiai irodalomban Felnőtt Gyermekként leírt jelenséggel. A montázs-személyiség, vagy Felnőtt Gyermek az elszenvedett szocializációs ártalom, érzelmi sérülés miatt nem tudja integrálni, Felnőtt teljesítménybe fordítani a megsebzett, megsérült Gyermeki és Szülői adottságokat. Emiatt frusztrációt él át, és a frusztráció keltette feszültség enyhítésére keres instrumentumot, amely lehet akár alkohol, akár drog, vagy egyéb pszichológiai eszköz, amilyen a szexualitás túlhajszolása, a munka túlzásba vitele, túlevés vagy nem evés stb.

Ezt a működési módot azután továbbadja gyermekeinek is, mivel el van foglalva a saját maga problémáival, így gyermekeit érzelmileg elhanyagolja, vagy úgy viselkedik, hogy gyermekei elhagyottnak érzik magukat mellette. Újabb érzelmi sérülés alakul ki, már a gyerekben, és a tendencia folytatódik. Megint újra itt egy montázs-személyiség vagy Felnőtt Gyermek...

Irodalomjegyzék a Visszatekintés 1995. sz. részhez

Berne E.: „Ego States in Psychotherapy" in The American Journal of Psychotherapy 11, 293-309, 1957. Reprinted in Intuition and Ego States. TAP, 5:18, 1966. pp. 133-135.

Erskine R.: „Transactional Analysis and Family Therapy" in Family Counseling and Therapy.
Itasca 1: Peacoch Publishers 1982, pp. 246-248.

Erskine R., and Zalcman M.: „Racket and racket Analysis TAJ. 9:1, 1979.

English, F.: The Substitution Factor: Rackets and Real Feelings. Part I. TAJ, 1(4), 27-32.

Steiner C.: Scripts People live. New York: Grove Press, 1974.

Dr. Valkai Zsuzsanna; korábbi publikáció nyomán.
Lásd dr. Avar Pál – dr. Valkai Zsuzsanna:
A montázsszemélyiség. Alkohológia, 1986/4.

2.

Vágjunk a közepébe: a *montázs-személyiség* fogalmáról van szó, amelyet a nemrég elhunyt Avar Pál pszichiáter főorvos és munkatársa, dr. Valkai Zsuzsanna pszichológus vezetett be a közösségi mentálhigiéné elméletébe és gyakorlatába. Ez a szakkifejezés egy meghatározott – az egyént és környezetét egyaránt megterhelő – személyiségszerkezetet jelöl, annak lényegét igyekszik megragadni, akárcsak az amerikai Bradshaw elméletében a „felnőtt gyermek" fogalma. Mindkét teória szerint arról van szó, hogy számos emberi baj, keserűség kiváltója egy sajátos személyiségállapot. Aki ebben *szenved* – mert ez az állapot mindig sok szenvedéssel jár –, az nem egészen érett, pontosabban *nem arányosan* érett ember. Nincs benne egyensúlyban a gyermeki, a serdülő (illetve adoleszcens) és a felnőtt én. Az ilyen ember hiába számít felnőttnek (kora, intelligenciája, egzisztenciája, családi háttere stb. alapján), valójában mégsem az, mert még mindig nem dőlt el benne: melyik énje váljék uralkodóvá. Felnőtt is meg nem is, kamasz is meg nem is, gyerek is meg nem is. Az állandó belső ingadozás miatt jön létre és rögzül a *montázs-személyiség* állapota, amelyben – miként az összemontírozott fényképen – együvé nem illő emberi vonások, viselkedési kényszerek jelennek meg. (...)

A montázs-ember azért olyan védtelen a jelen kihívásaival szemben, azért képtelen megfelelő módon, reálisan reagálni rájuk, mert egyrészt a múlt tölti ki gondolatvilágát (szinte készenléti állapotban várja, hogy bármely pillanatban rágódni kezdjen egykori sebein – mintegy gombnyomásra: START!), másrészt igen gyakran összemosódva rögzül tudatában a valóságosan átélt sérelem és az, amit csak annak érez. Sőt, szélsőséges esetben az is lejátszódhat, hogy feldolgozatlan múltbeli frusztrációi (a másoktól elvárt sajnálat, együttérzés, szeretet, támogatás hiánya, a kellő gondoskodás elmaradása, illetve elhagyás, ridegség, kegyetlenség, a megszégyenítés fájdalmainak megélése a gyermekkorban) arra késztetik, hogy kompenzálásukra önsajnálat-hajkurászásba kezdjen, s e célból – mintegy öntudatlan tudatossággal – maga frusztráltassa saját magát a sajnálat, illetve önsajnálat utáni kóros vágyakozásában. Ez akár tragikus végkifejlethez is vezethet: a totális fruszt-

ráció, az öngyilkosság elkövetéséhez (vagy megkísérléséhez). A „felnőtt gyermek" tehát – ha túl sok csapás érte, ha túl sok „ág húzza" – a halál előszobájában toporog. Miként József Attila is ott toporgott annak idején, hosszú évekig.

Hogyan alakul ki a montázs-személyiség, miből keletkezik ez az önpusztító énszerkezet? Avar és Bradshaw egyaránt utal a család negatív szerepére, az akarat oly mértékű megtörésére, a szégyenérzet oly mértékű felébresztésére és elmélyítésére, amelynek folytán valami efféle hang szólal meg aztán unos-untalan a *felnőtt gyermekben:* „Nem én követek el időnként szégyellnivalót, hanem én magam vagyok a szégyen: tévedés maga a létezésem!" Ezt az állapotot – némileg vulgarizálva – a következőképpen is megfogalmazhatjuk, mondjuk, egy képzeletbeli férfi, egy anya-komplexusos *felnőtt gyermek* szájába adva: „Azért, hogy kikerüljek anyám szégyent szégyenre halmozó kontrollja alól, amelytől képtelen vagyok szabadulni, új anyát, pótanyát keresek magamnak – a szeretőmben." És ezzel – egy csöppet sem meglepő módon – eljutottunk a montázs-ember egyik jellegzetes személyiségjegyéhez, a pszichoinfantilizmushoz.

A legtöbb *felnőtt gyermek* egyébként meglehetősen ambivalens lélek. A közös gyökérből, a konzerválódott (kis)gyermeki személyiségből két – egymással ellentétes – irányban bontakoznak ki a meghatározó vonások, s ha elhatalmasodnak, még fel is erősíthetik egymást. E két fő irányultság: egyik felől egy igen erős énfeladási igény, egy permanens énfelajánlkozási vágy, másik felől egy nem kevésbé erős gyermeki hatalomvágy, „infantilis imperializmus". (Csak zárójelben jegyzem meg, hogy hasonló elemzés – mutatis mutandis – a kamasz, illetve adoleszcens én anakronisztikus uralma esetén is elvégezhető.)

A montázs-személyiség emberi kapcsolatai nehezen alakulnak ki, hiszen szeretete is éretlen, másrészt pedig képtelen a felnőtt, szuverén önszeretetre. Hol azzal kínlódik, hogy nem tud önmagának annyit adni, amennyit ő ad másoknak, hol pedig azzal, hogy annyit sem tud adni önmagának, amennyit mások megadnak maguknak. Kapcsolatai egyre aszimmetrikusabbá válnak, rendre függő helyzetbe kerül, állandó érzelmi, fizikai – jobb esetben csak szellemi – magánnyal küszködve. S ha ráadásul még kimagasló intellektusú egyéniség is, gazdag érzelemvilággal, kialakulhat benne részben a parttalan szabadság olthatatlan szomja, részben pedig az űzött-hajszolt vad szenvedélyes sóvárgása a menedék, a biztonság után, összefonódva más erős érzésekkel: a múlt miatti állandó szégyenkezéssel; a valamikori megaláztatások miatti megújuló dühvel; az önsajnálat és az éngyengeség örökös önkín-

zásával; az úgynevezett „normálisok" előtti lelepleződés szüntelenül szorongató félelmével; a szép emberi kapcsolatokra való áhítozással s az ezekre való képtelenség bizonyosságának tudatával; az „egyedül vagyok, holott mindenkit szeretek" alapérzésével; de legfőképpen a minden pillanatban tudata felszínére törekvő halálvággyal, a pusztulás és pusztítás belső erőivel. Az ilyenekből lesz a félreértett zseni, a megváltó gondolatok reménytelen hajtogatója, aki keblére ölelné a világot, őt mégsem öleli keblére senki, sőt a konformok, a szürkék, az ügyeskedők túlélik őt: megisszák borát, elszeretik kedveseit stb.

A „felnőtt gyermek" nincs jóban önmagával, nem társa saját magának, ismeretlen számára a „boldog vagyok magamtól, magamnak" élménye, lassanként kialszik benne a „szükség van rám", a „dolgom, teendőm van a világon" érzése is. A többiek tapintatosan lesajnálják (vagy a háta mögött összemosolyognak), mindenhol és mindenkor ő a gond, a teher, ő a megoldandó (vagy kiiktatandó) probléma, ő az önállótlan (akin segíteni kell), ő az, akit mindig meg kell érteni, akire mindig tekintettel kell lenni. Végül mindenkinek elege lesz belőle, s akad, aki nyíltan szemébe is vágja: „Te csupán kapni akarsz, adni nem! Te mindig csak magadra gondolsz! Nőj már fel!" S ezt ő maga is igaznak érzi valahol. Ámde azt is sejti, hogy nem egy kárhoztatója hamiskártyás abban az élet-pókerben, amelyben ő becsületes játékos. Így jut el esetleg a végső elhatározásig...

Fekete György: Gyermekké tettél... József Attila személyisége egy új lélektani fogalom tükrében. Lyukasóra, 1993/10.

IV. FEJEZET

Az empátia tanítása

1.

Rendre tapasztalom – és a magam személyében is többszörösen megéltem –, hogy az empátia szokott volt megközelítése hajlamos kudarcba fulladni. A pszichoterápia „bevett intelme" – e tekintetben – ugyanis a következőképpen hangzik: *„Képzeld, hogy te Ő vagy!"* Ugyanez az „intelem" óv az empátia és a projekció összecsúsztatásától, hangsúlyozva a *„Képzeld, hogy ő, Te vagy!" viszonyulás projektív jellegét.*

Én viszont egy talán – legalábbis némely esetben – használhatóbb megközelítésre jutottam. A felismerés a gyakorlati munka – úgymond a szocioterápia – közben „talált meg" engem, s közreadásával is a praktikumot szeretném szolgálni, egyelőre elzárkózva a teoretizálás mindenképpen nagyratörőbb szándékától.

A felismerés, a *kulcsmondat* így szól:

„Cserélnél vele?"

Lássuk tehát a medvét!

I. Miért nem működik az empátiára késztetés hagyományos kulcsmondata?

A „Képzeld, hogy te Ő vagy!" felszólítás szándékaiban jó, céljában nemes. A benne rejlő törekvés azonban – főleg konfliktus-helyzetekben – két alapvető okból igen kemény akadályokba, gátakba ütközik. Egyrészt, mert – mintegy kimondva-kimondatlanul – a másik személlyel szembeni kritika feladását vagy legalábbis tudatos tomítását feltételezi, másrészt a kritikát kísérő indulatot nem feloldja, hanem annak elfojtását követeli meg. Mind-

ennek két további következménye lehet, egyfelől én-gyengítő hatású kudarcélmény az empátiával próbálkozó személy számára, másfelől az elfojtás miatt újabb indulat kirobbanása ugyanezen személy részéről. Ráadásul ez az újabb indulat általában nem az eredeti „célponttal" szemben sül ki, s így az illető szociometriai pozíciója – az indulatátviteli mechanizmusból eredően – csak még inkább romolhat.

Felettébb fenyeget az empátia kudarca akkor, ha valamely addikciós betegségben (neurózis, alkoholdependencia stb.) szenvedő és kritikus konfliktus-állapotban krónikusan vergődő, olyan montázs-személyiségű (lásd: Avar Pál – Valkai Zsuzsa: Alkohológia, 1986) embert igyekszünk a jelzett hagyományos módon beleérzésre rávenni, aki frusztráció-érzését dühkitörésekben hajlik lecsapolni. A montázs-személyiségű ún. felnőtt gyermek (John Bradshaw, Family, 1988) én-erőssége ugyanis elégtelen, én-vállalása gyenge, s az empátia konzervatív fölvetése nem a saját én elidegenítését szorgalmazza a világtól, hanem lehetőséget hagy a világ és az én szervetlen gyermeki egységének megőrzésére, eltorlaszolva így az önelidegenítés, önelidegenülés és az önreflexió útját (melyek nélkül viszont lehetetlen reálisan érzékelni és értékelni mind a szűkebb, mind a tágabb világot). Egyébként is a „felnőtt gyermeket", vagy más szóval a montázs-személyiséget inkább uralja az ösztön-én, az érzés, az indulat, mint a ráció, és ekképp a *„Képzeld, hogy te Ő vagy!"* imperatívuszának racionalitása és élmény-szűk volta eleve potencionálja a sikertelenséget.

II. „Cserélnél vele? Nem, nem cserélnék vele." (Primer altechnika)

A *„Cserélnél vele?"*-technika (nevezzük most már így) alapvetően két fő irányba futtatható tovább, mégpedig a „nem" és az „igen" válasz kettősségének megfelelően.

Először a „nem" felelet pályáját tekintjük át.

A „nem"-felelet működése.

Vegyünk egy olyan helyzetet, amikor valakivel szemben igen erős ellenszenvet táplálunk, vagy akár gyűlöljük őt.

Első lépés

Magunk elé képzeljük a megcélzott személyt (külső és belső tulajdonságaival együtt), felidézzük az arcát, a mimikáját, a hanghordozását, a gesztusait, a taglejtését, a járását, a mozgását, a termetét (magas vagy alacsony

voltát, kövérségét vagy soványságát), a személyiségét, a természetét, a viselkedését, az erényeit és a hibáit, a jellemző magatartását, a szerepeit, továbbá mindazt, amit tudunk róla és közvetlen (netán familiáris) környezetéről, és általában a szociális meghatározottságairól, a sorshelyzetéről, a múltjáról, a sikereiről és a kudarcairól, a győzelmeiről és a vereségeiről, az örömeiről és a kínjairól, a diadalairól és a szenvedéseiről, a boldogságáról és a konfliktusairól, a szorongásairól és a komplexusairól.

Tehát *élményként* megéljük az empátiánk tárgyát képező személyt, de még *másik* személyként.

Ezt az előkészítő fázist ne siessük el! Szánjunk rá akár néhány percet!

Második lépés

Miután előttünk van a maga szépségében és rútságában „célpontunk", föltesszük magunknak és magunkban a kulcskérdést:

„Cserélnél vele?"

(Lehet finomítani is: „Szeretnél cserélni vele?"; *„Tudnál, képes lennél cserélni vele?" stb.) Technikánk hatékonyabban „munkálkodik", ha ezt a belső kérdést önmagunkhoz lágyan, kedvesen, szeretettel, halk hangon tesszük fel, esetleg becézve is önmagunkat.*

Harmadik lépés

Feltételezve, hogy *valóban* elképzeltük az „én ő vagyok" állapotot és tényleg megkérdeztük önmagunktól, hogy akarjuk-e ezt, befut a „nem" válasz:

„Nem, nem cserélnék vele!"

A felelet hangozhat ilyen formában is: „Isten őrizz, dehogy cserélnék vele!"

Kontroll: „Szeretnél olyan ember lenni, mint Ő? Szeretnél az Ő bőrében lenni?"

Negyedik lépés

Felismerés érkezik:

„De jó, hogy Ő, nem én vagyok!"

(Vagy: „De jó, hogy Ő olyan rossz és szerencsétlen, s nem én!")

Ötödik lépés

Ismét megkérdezzük magunkat:

„Haragudjak-e rá azért, mert Ő – Ő?"

Hatodik lépés

Újra felismerés csatolódik vissza:

„Milyen rossz neki, hogy Ő – Ő!"

(Avagy: „Neki rossz, mert Ő – Ő!")

VÉGEREDMÉNY:

Elhal vagy legalábbis elcsendesedik az indulat, hisz' a megélésünkben eladdig gyűlölt személy már saját magát megbüntette – és számunkra érzékelhetően! – azzal, hogy Ő – Ő, s a negatív érzés helyébe kezdetben neutrális, majd pedig részvétből táplálkozó pozitív érzelem (segítés, támogatás, szolgálat, szolidaritás stb.) léphet. De a negatív érzés megbocsátó humorba, a komikum szférájába is átcsaphat.

Mitől működik a „Cserélnél vele?"-technika a „nem" válasz esetében?

A működőképesség fő okai az alábbiakban ragadhatók meg:

1. Én-erősítő hatású

E technika használata eleve kedvező lehetőséget kínál az indulat kioltására, mert a kulcskérdés interiorizált felvetése természetes módon együtt jár a saját „én" vállalásával, hisz' valamit csak *valamivel*, valakit csak *valakivel* lehet „kicserélni". Tehát adekvát megközelítése a „felnőtt gyermek" éngyengeségének.

2. Én-elidegenítő jellegű

Ahhoz, hogy cserét bonyolíthassunk, világosan el kell különíteni a cserélendő tényezőket egymástól, s miután az egyik cseretényező mi magunk vagyunk, ezért a „csere" fejleszti én-elidegenítő képességünket, amely viszont attributuma az érett felnőtt-személyiségnek.

3. Nem idézi fel az én-vesztés képzetét

Mivel a „csere" csupán a fantázia síkján realizálódik, az empátia megteremtése – e technika segítségével – nem idézi fel az én-vesztés érzetét, s így jól kompenzálódhat a „felnőtt gyermek" önállótlansága.

4. Sikerélményt biztosít

E módon az empátia megcélzása még egy szempontból én-erősítő (lásd: iménti 1. pont), hisz' a képzelt cseréből *győztesen* kerülünk ki, tehát – úgymond – nem leadnunk, illetve megtagadnunk vagy kárhoztatnunk kell valamit magunkból, magunkban, hanem többletélményt szerzünk, a gazdagodás érzése tölt el bennünket. Így viszont szerencsésen ellentételeződhet a „felnőtt gyermek" nárcizmusa, egocentrizmusa.

5. Erősíti a reáliák elfogadását, a „külső" tények, a külső világ „más" jellegének elfogadását

A megtapasztalt én-erősödés és sikerélmény következtében már nem érezzük feltétlenül zavarónak, megszüntetendőnek, illetve kiiktatandónak a másik személyt, sőt azt is kevésbé fogjuk fontosnak tartani, hogy mi magunk direkt módon változtassunk rajta, illetve viszonyulásain, környezetén. Ezzel pedig a „felnőtt gyermek" omnipotenciára és omnikompetenciára irányuló törekvését egyenlíthetjük ki. Ugyanis átélve önmagunk szuverenitását a „cserében", inkább elismerjük a másik ember „csere"-szabadságát.

A „Cserélnél vele?"-technika tehát oly módon segítheti az empátiás készség elsajátítását, hogy minimális belső ellenállást vált ki az empátiát tanuló kliensből (páciensből), aki ezt az egész folyamatot így nem alárendelődésként, hanem felemelkedésként éli meg, mégpedig a realitások síkján.

Eredményességét természetessége, élményszerűsége és visszacsatolásos mechanizmusa biztosítja, garantálva egyben az indulatnak, mint legfőbb veszélyforrásnak a semlegesítését. Ráadásul – ha humor a végső érzelmi állapot – felszabadító hatású lehet, s így – az én-azonosság erősödését is figyelembe véve – szorongást oldó hatást szintén remélhetünk tőle.

Példák:

A szerelmi dúvad esete

X., 40 éves pszichoinfantilis (értelmiségi) férfi, mintegy 20 éven át szorongásos neurózissal kezelve.

Korábban szinte képtelen az empátiára, bár folyamatosan és tudatosan meg-megkísérelte. Élettársa (46 éves, praeklimax-krízisben lévő, pszichopata nő) váratlanul és indulatot provokálva szakít vele. A kliens hónapokig – minden erőfeszítése dacára (melyek igen komolyak!) – sem tud belenyugodni a kapcsolat befejeződésébe, s dramatikusan szcenírozott megalázkodásokkal és dühkitörésekkel zaklatja volt szerelmét. A „Cserélnél vele?"-technika alkalmazásával fokozatosan tudomásul veszi a tényeket, megbékül

a realitásokkal, sőt némi sajnálatot is táplálni kezd addigi partnere iránt. Explozív akcióit teljesen befejezi.

A „dr. rendőr"

Y., egy vidéki főiskolán tanító adjunktusnő panaszkodik egyik kollégájára, mert megélése fárasztóan megviseli őt. Kritikáját főleg a kolléga munkateljesítményének – szerinte – folyamatosan elégtelen szintjével igazolja.

Ezzel összefüggő, tipikus érvelése – mondjuk – így szól: – Ez a docens meg sem érdemli szakmai címét és munkahelyi rangját. Csak áll felfuvalkodottan és öntelten a katedráján, s mondja az autoriter hülyeségeit. Például így adja elő a Down-kórt: „A Down-kóros ferde és piros szemű, mongol arcú, értelmileg primitív, össze-vissza mozgású egyén. Már külső jegyei alapján azonnal azonosítható. Pontosan feljegyezték, kolléga hölgyek és urak?"

A tanárnő, említett docens kollégáját szellemileg terméketlennek, nonkreatív, lusta és jellemtelen embernek tartja, aki méltatlan a pedagógushivatás gyakorlására. Látványa minden alkalommal dühíti.

Az ekképp éveken át rögzült negatív beállítódását a „Cserélnél vele?"-technika oldotta, s Y. a humor szintjére eljutva már valahogy ilyenformán fogalmaz:

– Ez a kollégám valójában nem főiskolai docens, hanem „rendőrdoktor", aki – mintegy főkapitányként – körözési leírást ad halgatóinak a Down-kórosok felderítéséhez, azonosításához, valamint parancsot begyűjtésük és letartóztatásba helyezésük foganatosításához.

Y. – ezenkívül – sajnálatot is érez már kollégájával kapcsolatban, aki nyilvánvalóan inadekvát szerepben vergődik, megterhelve az inkongruenciával.

III. „Cserélnél vele? Igen, cserélnék vele" (Szekunder altechnika)

Ebben az esetben a tárgyalt mechanizmus több csapdát rejthet magában. De a megoldás önmagától adódik, a technika által beindított folyamat saját maga szüli meg.

Az „igen" felelet működése

Első lépés

Elképzeljük magunknak a célzott személyt. (Lásd primer altechnika első lépése.)

Második lépés

„Cserélnél vele?"

Harmadik lépés

„Igen, cserélnék vele."

Negyedik lépés

„Ő viszont nem cserélne velem!"

A pillanatnyi következmény tehát frusztráció.

Ötödik lépés

„Vajon Ő miért nem cserélne velem?"

Hatodik lépés

Elképzelem magamat abból a pozícióból, mintha én Ő lennék.

Hetedik lépés

„Mert az én értékeim nem igazán fontosak az Ő számára."

Nyolcadik lépés

„Cserélnék-e olyan emberrel, aki számára az én értékeim nem fontosak?"

(Vagy: „Lennék-e olyan ember,akinek az én értékeim nem igazán fontosak?") Itt a hibás kérdés így szólna: „Cserélnék-e olyan emberrel, aki számára én értéktelen vagyok?"

Kilencedik lépés

Újra megkérdezzük magunktól, hogy

„Tehát, cserélnél vele?"

Tizedik lépés

„Nem, nem cserélnék vele."

(És így az erdetileg „igen" válaszunkat átfordítottuk „nem"-feleletbe, de már irreverzibilisen.)

Miért működik a „Cserélnél vele?" technika az igen" felelet esetében is?

Ezen a pályán a buktatót a negyedik és a hatodik lépés megtétele jelenti, vagyis annak tudatosulása, hogy a másik nem cserélne velem (más szóval, a frusztráció elviselése), valamint önmagam szemlélése onnan, ahová „elcseréltem" magamat, ahonnan a másik személy bőréből, a másik ember személyiségét és világát magamra öltve tekintek vissza, kívülről magamra.

Az átlendülést a buktatókon az ötödik és a nyolcadik lépés biztosítja, amikor egyrészt rákérdezek a másik tőlem való elzárkózásának okaira, másrészt lényegében magamat kérdezem meg, hogy akkor is vállalnám-e magam, ha olyan ember lennék, aki nem vállalja önmagát.

Ez a folyamat még inkább erősíti az én-tudatot, mint a technika elsőként tárgyalt fő pályája (a primer „Nem, nem cserélnék vele".). Ugyanis bár esszenciája ugyanaz, azonban jóval több oda- és visszatükröződést tartalmaz. Amennyiben a kliens a szekunder altechnikát is képes már alkalmazni, akkor – feltételezhetően – komoly eséllyel rendelkezik, hogy végleg és teljesen kiszabaduljon a „felnőtt gyermek" állapotából.

Sikerét igazából az garantálja, hogy a frusztrációt önmagunkról áthelyezzük a másik személyre, s így amit eddig veszteségnek éltünk meg, immár nyereségnek könyvelhetjük el.

Ezt pedig tulajdonképpen az az „újítás" teszi lehetővé, hogy míg az „ortodox" technikában az empátia résztvevői közvetlenül reflektálódnak egymásra, addig az általam felvetett – és már eredménnyel ki is próbált – megoldásban ez a reflexió az empátia ágensei között közvetett, mert *„csere" mint szimbólum* segítségével egyrészt a két személy egymástól jól elkülönül, másrészt maga az empátia is – kvázi – kiemelkedik abból az autochton dimenzióból, amely szubjektív költéseivel – egyébként – éppen a beleérzést megcélzó klienst zavarná.

Így a „nagy ugrás" természetesen – mert magába a folyamatba rejtve! – és semlegesen megélhetően megy végbe.

Ha pedig egy másik ember kérdez meg minket, hogy „cserélnénk-e vele", már könnyedén válaszolhatunk, akár ekképp:

„Minek, hisz' jól kiegészítjük egymást."

vagy

„Nem, mert jól érzem magamat a saját bőrömben."

A „Cserélnél vele?" technika alkalmazásának indikációja

Véleményem szerint jól használható kórházi pszichiátriai osztályokon (rövid dinamikus terápiákban), valamint különböző önismereti és önsegítő kiscsoportokban, illetve kisközösségekben.

Eredményessége biztosabbá tehető, ha kombinálódik a humanisztikus terápia különböző iskoláival és technikáival (lásd: hősterápia, logoterápia, realitás-gyógymód, tranzakciós analízis, fókuszolás stb.).

Alkalmazható mind diád, mind csoportos formában (és ez utóbbi esetben akár a pszicho-, illetve a szociodráma eszközeihez kapcsolva vagy esetleg szereptréninggel párosítva).

A siker sine qua non-ja persze a kliens (páciens) kellő szinten interiorizált motiváltsága.

Bevezetését még didaktikus keretekben is el tudom képzelni, például oly módon, hogy a kliensek írásban felkészülnek, előzetesen kidolgozva e technika egyes lépéseit (egy konkrét és általuk választott helyzet, illetve viszony elemzésével). Az egyes „dolgozatokat" pedig – a csoportvezető, illetve a csoportterapeuta irányításával – együtt értékelik.

Az általam javasolt módszer különben az élet legapróbb interakcióiban szintén működtethető.

Befejezésül álljon itt a következő példa, melynek elnevezése, mondjuk

Kutyagumi-komplexus

Egy ismerősöm siránkozik, hogy a lakása előtt, a lépcsőházi folyosón nemegyszer kutyasz...ba (sic!) ütközik, mert egy házabéli eb rendszeresen ott teszi a dolgát.

Ilyenkor az ismerősöm dühöng a kutya végtermékére, a végtermék kibocsátó gazdájára, s a kibocsátó gazda tulajdonosára. Szólna is az illető tulajdonosnak, de attól tart, hogy az esetleges vitától még idegesebbé válna, ezért hát tovább fojtja magába a mérgét, csendesen dühöngve. Javaslatomra föltette a kulcskérdést önmagának: *„Cserélnél vele?" (Mármint az „állatbaráttal").*

Az eredmény ismerősöm számára is meglepőnek bizonyult. Így hangzott:

„Milyen rossz lehet neki, hisz' hányan, de hányan utálhatják kutyájának a piszka miatt!" (Mögöttes: „Milyen jó, hogy Őt utálják, s nem engem!")

Ismerősöm végül sajnálni kezdte az általa korábban negatíve megélt lakótársát, s most már a „végtermék" esetenkénti megpillantása kritikát igen, indulatot viszont alig vált ki belőle.

Természetesen a „Cserélnél vele?" technika itt olvasható leírása mindössze *váz, keret,* melyet tartalommal azok a hivatásos és laikus, fogadott és fogadatlan „prókátorok" töltenek meg, akiknek feltett szándékuk segíteni embertársaikat abban, hogy a gyermeki én-szeretetből eljussanak az érett, felnőtt önszeretet szintjére, s így a világegyetem központját, súlypontját önmagukban élve meg, hasznos és alázatos, ám önmagukra büszke – s egyben szeretetet sugárzó! – autonóm szolgálói legyenek az őket körbeburkoló mindenségnek.

Egyébként – valószínűleg – e „technikával" semmi újra nem jöttem rá, csupán valamiféle logikai rendszerezését igyekeztem megfogalmazni annak, amit számosan már maguk gyakoroltak és gyakorolnak. Talán nem ennyire tudatosan, viszont annál nagyobb biztonsággal és érzéssel. De – vagy mindazonáltal – meggyőződésem, hogy ezzel a módszerrel az empátia még a felnőttkor derekán is tanítható az arra rászorulóknak.

Fekete György: Egy empátiás technika. Cserélnél vele? Szociális munka, 1992/4.

2.

(...) Zárva e technika bemutatását – az eredményesség tárgyszerű prognosztizálását illetően –, két korlátozó megjegyzést mindenképpen tennem kell:

1. E technika pusztán kognitív elsajátítása nem igazi eredmény. Valódi sikerét ugyanis csak az interiorizáció biztosíthatja, mert különben a „felnőtt gyermek" személyiség tovább működik a kliens érzelmileg involvált kapcsolataiban és interakcióiban. Sőt, azzal is számolni szükséges, hogy a kliens a már „kivívott" racionális felismerései közlését – funkcionálisan – manipulációra használja, azért, hogy ily módon „kaszírozza be" azt a centrális figyelmet, azt az őt szeretgetést, amire éppen a „felnőtt gyermeksége" miatt vágyik. Vagy csak, hogy egyszerűen ventillálhasson. Ezt a jelenséget specifikusan fontosnak tartom a „felnőtt gyermek" omnipotens és omnikompetens attitűdjének szemszögéből. A végső ok természetesen itt az, hogy mély szakadék választja el egymástól az addikciós betegben a felnőtt ént és a gyermeki ént, illetve a felettes ént, az ént és az ösztönént.

2. Külön akadályba ütközhet e technika használata a kliensnél, ha azon helyzeteire alkalmaztatjuk, ahol és amikor érzelmileg pozitíve kötődik olyan másik személyhez, aki szintén – lényegében – ugyanígy viszonyul őhozzá. Ennek magyarázata, hogy – ez esetben – a kliens szimbolikus „csere"-szándéka általa valóban megélt „csere"-felajánlkozássá torzulhat, mert mögötte a „felnőtt gyermek" éngyengeségének infantilis – a szeretett, illetve sóvárgott személyre irányuló, benne feloldódni vágyó – önfeladási igénye húzódik meg. Leszögezhetjük: csak a teljesen gyógyult kliens képes – a visszaesés veszélye nélkül – tudomásul venni, hogy *a valóságban „senki, de senki nem cserélhet senkivel"*, s ekként már nem jelent számára érzelmi frusztrációt az *„igazából nem vagyunk fontosak senkinek – önmagunkon kívül"*-igazság beismerése (ugyanez pozitív előjellel: „a harang mindenkiért szól"). (...)

Fekete György: Embervezetési technikák a szenvedélybetegek gondozásában. Egyház és világ, 1993/3.

V. FEJEZET

Az önsegítő mikrocsoport

1.

(...) Az Egyesült Államokban és Franciaországban személyesen volt alkalmam tanulmányozni az A.A.-t és annak különféle „stílus-változatait" (Al-anon, Al-ateen), valamint a szerencsejátékosok ún. Gambler' Anonymousát. Több szakmai vezető-személyiséggel folytatott beszélgetések, viták, és hogy ne felejtsem: az észak-kaliforniai Big Sur-ben (Esalen) abszolvált saját élményű terápiás tanfolyam, majd mindezek nyomán a hazai A.A.-mozgalom elindítása során gyűjtött kísérleti tapasztalatok révén jutottam el egy intenzív önsegítő módszer, a *mikrocsoport* ideájához.

Ehhez azonban már kéznél volt az első ízben 1972-ben meghirdetett *hős-terápia* elnevezésű módszer és az alkalmazása közben létrehozott tágabb koncepció, illetve annak alappillérei. Olyan fogalmak, mint a *poligrupális lét forma,* az *N+1-es csoport,* a *redempció* és a *terápiás háromszög.* Itt utalok a már említett, a Valkai Zsuzsa pszichológussal közösen publikált *montázs-személyiség* fogalomra, amely lényeges vonásaiban megegyezik az amerikaiak részéről közreadott „felnőtt gyermek" fogalommal.

A kezdetben betegek (alkoholisták, szorongó és kényszerneurotikusok, anorexiások stb.) gyógyítására szánt módszert – már a cimkézés elkerülése végett is – nem kórházban és gyógyintézetben próbáltam ki, hanem fővárosi *családsegítő központban* (I. kerület). Ez a környezet látszott alkalmasnak arra is, hogy később egy tágabb tematikájú *problémamegoldó csoportot* fejlesszünk ki belőle – és nem utolsó sorban, hogy a szociális munkások képzésére, illetve továbbképzésére is alkalmas legyen. Úgy találtam, hogy a szociális munkát (social work) taglaló szakirodalom gyakran kiemeli a problémamegoldás igényét (Compton, B., Galaway, B. és Pierce). Az a meglá-

tásom azonban, hogy a problémamegoldás feladatát, legyen az akár csak egy diffúz vagy akár csupán esetleges feladat, megfelelő eredménnyel (és a kliens személyiség-nyereségével!) kizárólag olyan keretek között lehet jól szervezni, amelyek a természetes problémamegoldó közeghez, elsősorban és mindenekelőtt a családhoz hasonlítanak. Rendszerelméleti nyelven szólva: azt szimulálják. Ennek magyarázata valószínűleg az, hogy a felnőtt korban is megmaradó személyiség-hibák, valamint az általuk keltett és rendszerint újra meg újra keletkező személyiségzavar csak hasonló nagyságrendű dimenzióban, hasonló jellegű „klímában" hozható helyre, mint amilyenben az az élet első éveiben létrejött. Hasonlóképpen magyarázható talán az elmegyógyászat klasszikus korában intézményesen gyakorolt ún. *családi ápolás* sikere is. (A beteget idegen családhoz adta ki a gyógyintézet, ahol az általában rövid idő alatt megnyugodott, nem egyszer teljesen meg is gyógyult. Ám ugyanolyan gyorsan visszaesett, ha egy idő után hazakerült a saját családjához. De az elmeosztályra történő bevonása sem tett neki jót.)

Építő-helyreállító munkát végezni mindenütt csak valamiből lehet. Az ember-építéshez, vagy hogy az eredeti megnevezésnél maradjunk: az embervezetéshez is jócskán kell használni ezt a valamit, jól ki kell aknázni minden erre alkalmas erőforrást. Észrevehető eredményt bizonyos – célszerű – időn belül csak így érhetünk el. Az eredménynek pedig nyilvánvalóan „észrevehetőnek" kell lennie. Az emberek csupán bizonyos nagyságrenden felüli változást hajlandók elismerni és elfogadni. Csak ennek bevonásával és folyamatos feldolgozásával jöhet létre a megcélzott javulás a már huzamos idő óta hibásan, nem egyszer kifejezetten károsan funkcionáló kapcsolatokban.

Az előzőekben futólag már ismertettem a hősterápia keletkezését, koncepcióját és gyakorlati alkalmazási irányát. Itt most röviden még annyit: az az a módszer, amely a szociálisan sérült embernek nem elsősorban a panaszait vizsgálgatja, hanem inkább azt veszi számba, ami az illető sorsában jól, esetleg kimondottan sikeresen alakult, a zavaros körülmények között is épségben maradt. Elvem, hogy a segítő ne álljon oda maga is keseregni a leégett háza üszkös romjain síránkozó ember mellé. Inkább próbálja meg arra irányítani a kárvallott figyelmét, ami a házból épen maradt, még ha az csak egyetlen fal, egy-két szarufa vagy gerenda...

B. T. 29 éves szerelő, szorongó neurotikus az egyik mikrocsoport ülésen a legnagyobb gondjának azt vallotta, hogy nincs barátja, és ahogy látja, a csoport többi tagjainak sincs. „Ezért van szükségünk az ilyesfajta kapcso-

lódásokra, hogy ezt a hiányosságunkat bepótoljuk" – tette még hozzá a többiek számára is elhihetően.

A *mikrocsoport módszerről* mindenekelőtt azt kell tudni, hogy ez egy család-nagyságrendű képződmény, amely kizárólag idegenekből, tehát sohasem vérségi rokonokból áll. A csoport szerveződését professzionista szakember (orvos, pszichológus, terapeuta) segíti, az ő kategóriái azonban nem merevek. Például meglehetősen tág életkori határok között ülnek le egymás mellé a tagok; bár nem árt, hogyha egy életkori csoport túlsúlyban van, és az sem, ha nem túlságosan nagyok a műveltségi szint-különbségek, valamint a nők és a férfiak aránya is kiegyenlített. (Itt jegyzem meg, mert hol máshol: szívesen mondok ellent magamnak, amikor megjegyzem, hogy egészen sikeres összejöveteleket tarthatnak kiegyenlítetlen, szélsőséges összetételű mikrocsoportok is. Ezeket némiképp a konspirációs hangulat jellemzi és ez némi intimitást kölcsönözhet nekik.)

A csoport ülésein előbb-utóbb *mindenki terítékre kerül,* ugyanakkor természetesen mindenki hozzá is szól a csoporttársak problémájához. Van, aki előre készül is a következő ülésre, arra jegyzeteket készít magának. Mint ahogy az egyes üléseken jegyezni is szokás, sőt ez valójában kötelező.

Az ülést, összejövetelt vagy „kupaktanácsot" a kiscsoportokéhoz hasonlóan, vezető irányítja. Ő tereli vissza az „elgurult labdát a pályára", témát indítványoz, kicsit amolyan házigazda vagy családfő módjára gondoskodik arról, hogy minden ülésen mindenki sorra kerüljön, mindenkiről essék szó az ülés folyamán. Ha nem többre, legalább néhány szavas megnyilatkozásra legyen alkalma mindenkinek.

A tagok közül fokozatosan választódnak ki az A.A. szponzorokhoz hasonló adottságúak, akik a későbbiek során egy-egy ülés vezetői lesznek. Bemutatják az új tagot, a házi szokásokról tájékoztatást adnak. Helyes, ha kezdetben hivatásos szakember (orvos, pszichológus, terapeuta) a vezető. Őt amúgyis ismeri mindenki, hiszen a tagok őrajta keresztül jutottak be a mikrocsoportba. Ő a későbbiek során is nyitott kell, hogy legyen a csoporttagok egyéni foglalkozás (diád kapcsolat) iránti igénye előtt. Így ugyanis mindvégig bizalmi helyzetben maradhat, amire a tapasztalat szerint egyszer-egyszer mindenkinek szüksége szokott lenni.

Jó, ha tehát a hivatásos vezető jelen van, de az is, ha minél inkább a háttérben tud maradni. Hiányzása esetén egy laikus vezető is el tudja irányítani az ülést. Ilyenkor fel lehet jegyezni a nyitva maradt szakmai kérdéseket, és ezeket a következő alkalommal elő lehet venni (orvosi problémák, fogalom-tisztázás, csoportdinamikai anomáliák stb.).

Hangsúlyozni szeretném, hogy laikus vezetésére azért jó többször is bízni egy-egy ülést, mert a mikrocsoport hatékonyságát ezzel is fokozni lehet: a felelősség-tudat elsajátítása, a kötelesség-tudat fejlesztése ezáltal is nyomatékot kaphat. Márpedig ez a mikrocsoport legeslegfőbb célja. A felnőtt gyermeki (montázs-személyiségbeli) én-szerkezetben lépten-nyomon létrejövő regresszió ellen sikerrel csak ilyen módon lehet küzdeni. A gátlásosság, a szégyentudat egyenes folyománya is ilyen módon csökkenthető.

A mikrocsoport vezetése persze lényegében csak amolyan „primus inter pares" (első az egyenlők közt) szerep. Valamennyi összejövetelen gondoskodni kell valakinek a minden tagot megillető demokratikus jogok érvényesítéséről: teljes egyenjogúság, szabadság, ahogy ezt a klasszikus csoportpszichológiai alapelvek (R. White és R. Lippit) előírják.

Vannak szervezői teendők is. Gondoskodni kell a következő összejövetel helyéről, a terítékre kerülőt elő kell készíteni, az előző összejövetelen hiányzókat értesíteni, mert a találkozóknak nem szabad lélektelen monotóniával, rutinszerű szabályossággal követniök egymást. Amennyire lehet, mindenkor azt kell érezniök a tagoknak, hogy baj van, és a baj elhárítására „szaladtak épp össze". A krízis pozitív alternatívája kell, hogy legyen a csoporttagság alapélménye.

A vezető gondoljon a tagok összejövetelen kívüli kapcsolati lehetőségeire is (telefonszámok felírása, címek kölcsönös cseréje, praktikus segítségnyújtások szervezése stb.).

A csoport *megalakulása* a háttérben tevékenykedő szakember javaslatára történik (válogatás). A kis család nagyságrendjét, annak dimenzióját tartom a legalkalmasabbnak arra, hogy annak életterében folyjék a mikrocsoport tevékenysége (3-6 fő). Nézetem szerint már régóta (Bradshaw szerint 150 éve) ebben a nagyságrendben zajlik a családok élete. A tagok, tehát így a szülők, sőt már a mai nagyszülők is ebben nőttek fel, és ha valaki személyiségformálást is el akar érni, akkor szerintem ennek „boltíve alatt" ajánlatos azt megkísérelnie.

Van olyan nézet, sőt olyan önálló terápia-féleség is (pl. a partnerség-terápia), amely ezt a nagyságrendet máshoz méri és másból eredezteti. *B. C. Finney* és *Norma Crockett* (1980), a két szerző egy kaliforniai (San José) tanácsadó központban, a gyakran 2-3 főre csökkent kiscsoportokban sajátságos intimitást és megnövekedett pszichológiai „mozgást" észlelt, amit később más terapeuták is tapasztaltak. A szerzők szerint a fokozott terápiás hatást egyfelől a kiscsoportból levált tagok közti, másfelől az individuális terapeuta-kliens közti interakciók magyarázzák. Nincs jogom felülbírálni ezt

a következtetést, hiszen valódi „partnership" terápiát eddig nem volt alkalmam megismerni. A hasonló nagyságrendű *terápiás háromszögben,* amit 1975-ben kezdeményeztem, ugyanis szép számmal jelentek meg olyan hatásfokozó elemek, amelyek a korábbi individuális (diád) kapcsolatból teljességgel hiányoztak (ennek taglalását korábbi megnyilatkozásaimban – 1978, 1983 – elvégeztem, összefoglalása is megtörtént már (1988).

Nem hallgathatom el, de miért is tenném, hogy az A.A. (Alcoholics Anonymous) mozgalom megismerése számos tapasztalatot és élményt nyújtott nekem, ugyanakkor új ötleteket is sugallt a későbbi mikrocsoport-tervezet kigondolásához. Az A.A. részéről ez a befolyás ugyanis az egész önsegítő mozgalomra kiterjed. Az egymással szervezkedő „névtelen alkoholisták" (1935-ben egy bizonyos Bill és egy Bob) olyan hatékonysággal léptek fel – előbb Amerikában, majd lassanként az egész világon (néhány év óta Magyarországon is!) –, amely fokozatosan megváltoztatta a gyógyíthatatlan betegségről elterjedt nézeteit orvosnak, betegnek és kívülálló laikusnak egyaránt.

Az önsegítő mozgalomnak az A.A.-val való kapcsolatáról sokat lehet olvasni mind a szakirodalomban, mind az önsegítésről szóló különféle közleményekben. A magam részéről itt inkább azt hangsúlyoznám, *ami a mikrocsoportba* egy másik forrásból, sajátlagosan *a hősterápiából* bekerült.

Az egyéni (individuális vagy diád) terápiában, de a háromszög alakzatban is gyakran adódik alkalom – olykor nem is nagy nehézségek árán –, hogy epikusan is jól feldolgozható hősi momentum(ok)ra bukkanunk, természetesen a klienssel együtt. Egy ilyen „lelet", ha már megvan, aranyat ér, de előre biztosan számítani rá nem lehet. Ilyenkor a hosszas keresés helyett azt a gyakorlatot vezettem be, hogy inspiráló helyzetet hozok létre, amelyben – hic Rhodûs, hic salta! – a kliens „ugrani" kényszerül. Mire „feleszmél", a heroikus teljesítmény rendszerint létre is jött.

A mikrocsoport számtalan ilyen és ehhez hasonló lehetőséget nyújt a benne szervezkedő minden egyes tag számára. Krízisszerű sürgős döntésre ugyanúgy ösztönöz, mint ennél megfontoltabb cselekedetekre, változásra és változtatásokra egyaránt.

Az A.A.-gyűléseken úgy hívják, hogy beszélő (speaker), aki hosszabban, mintegy fél óra alatt fejtheti ki mondanivalóját, lényegében krízistörténetét. A mikrocsoportban úgy mondjuk, hogy az illető *terítékre kerül, és – itt már különösebb időkorlát nélkül – öntheti ki panaszát. Az exploráció ún. kimerítő lehetőségeit használjuk ki, ahogyan erről a kimerítő feltárással* (exhausztív exploráció) kapcsolatban korábban már leírást adtam (1988). A terítéken

lévő kliens gyakran be sem fejezi mondandóját egy ülésen. Nemegyszer megtörténik, hogy a második, sőt a harmadik ülésre is bőven marad belőle. Szereplése azonban sohasem foglalhatja le a teljes időt. Mint mondtam, mindig kell juttatni másnak – a többieknek – is legalább néhány percet. Olykor éppen a „főszereplő" problémájának (problémáinak) értelmezésére, azok megoldására irányuló hozzászólásokra, de egyéb közölni valókra is.

Amint szintén említettem már, fontos, hogy a csoporttagok jegyzeteljenek. Ezt lehetőleg meg kell követelni tőlük. Ezért már az első összejövetelen jegyzettömböt adhatunk mindenkinek. Sokan ezt a közbeeső napokon is maguknál hordják és ha eszükbe jut valami (problémamegoldó ötlet, értelmező megjegyzés stb.), hogy el ne felejtsék a következő összejövetelen megemlíteni, felírják (olykor útközben vagy éjszaka az ágyban is). Fontos ebben a *csoporttársa életében való részvétel igénye s a vizsgálódó attitűd* megszerzése és megkövetelése; az a tudóshoz illő hozzáállás, a kísérletező objektivitás stb., aminek elsajátítása szükséges a felnőtt felelősségteljes és érett személyiségképéhez. Kell a beavatottság, a szeretet vezérelte illetékesség és kötelesség tudata is, és mindaz, amivel a kliens egyidejűleg nemcsak embertársán segít, de önmagát is építi.

Ez a mikrocsoport-szituáción belül támasztott igény a személyes teljesítmény optimumát követeli meg, különösen a válsággal való győzködésben. De mindenhogy egy *hősi teljesítményt valósít meg.*

Bradshaw és más amerikai terapeuták, pl. Whitfield is leginkább az A.A. 12 lépésének és 12 hagyományának didaktikus eszmemenetét tartja alkalmasnak a kompulzív-addiktív (feszült, hajszolt, pótcselekvésre késztetőkényszeredő) személyiség átnevelésére, helyretételére.

Lám, itt sem lehet igazában terápiáról beszélni. Ez is inkább vezetés, *embervezetés.* (...)

Dr. Avar Pál: Embervezetés. Kézirat-hagyaték, 1993.*

* A II. fejezet 1. és az V. fejezet 1. tanulmányrészlete, együttesen, voltaképpen csak egy szerencsésen előkerült töredék Avar Pál posztumusz könyvéből (melyet a szerkesztő rendezett sajtó alá), s özvegyének köszönhető, hogy közlése így is lehetségessé vált. Csupán reménykedhetünk, hogy a hiányzó részek és az irodalomjegyzék is megkerül, s valamikor a teljes mű publikálható lesz. (Szerk.)

2.

(...) Az önsegítő csoport, a *mikrocsoport közösségében*, ebben a pót-családban – a kliensek (a szerkesztő betoldása) – egyrészt újra és újra felnőtt kihívásokkal és sikerélményekkel veszik körül és ajándékozzák meg egymást, másrészt a másik ember szeretetén, támogatásán keresztül megtanulnak eljutni a gyermeki énszeretet állapotából a felnőtt önszeretet dimenziójába. A siker titka, hogy itt – szemben a valódi családdal – a klienseket nem determinálják megszilárdult konkurrencia-helyzetek, megkeményedett dramaturgiák. Tömören: az önsegítő mikrocsoportban nincs „közös konc". Benne az lehetsz, aki vagy, és tőled függ, hogy mivé válsz. E helyütt azonban – fejtegetésében – a mentálpedagógus kénytelen egy minutumra megállni és két megjegyzést tenni, nehogy az iméntiek félreértést keltsenek.

1. Nem az a cél, hogy az embereket valóságos családjaik helyett tereljük át önsegítő mikrocsoportokba. E társulás pusztán eszköz – többek között – arra, hogy – mintegy ellensúlyozva az ún. toxikus pedagógia hatását – a kliensek megszabaduljanak a „felnőtt gyermek" infantilis „imperializmusától" és elsajátítsák annak képességét, hogy az emberi viszonyaikon változtassanak (ahelyett, hogy a konkrét másik embert akarják direkt módon megváltoztatni, s ha ez nem sikerül, frusztrációjukban ismét az addikcióhoz forduljanak). Ám ily módon – az önsegítő mikrocsoporttal a háttérben – a természetes családjukat is közvetve átstrukturálhatják.

2. Az önsegítő mikrocsoport és egyáltalában a hősterápia csupán *egyik módszere* az embervezetés teljes metodikai tárházának...

...Rátérek ... a Főváros X. kerületében, az ottani TÁMASZ égisze alatt működő, Liget-utcai önsegítő mikrocsoportban szerzett tapasztalataimra.

A tagok létszáma 7-8 fő, ebből 4-5 fő minden összejövetelen részt vesz. Az ülések gyakorisága heti egy alkalom, a jelenlegi tagösszetétel egy esztendeje állandó. A csoporton belüli viszonyokat a legteljesebb demokrácia jellemzi, a csoportvezető csupán első az egyenlők között, aki a direktív és a nondirektív módszer kombinálásával irányítja az üléseket.

E kombinációban a direktivitás a domináns, ám mivel ez nyíltan demonstrálódik, nem kelti az uralom fojtogató és infantilizáló légkörét. Az efféle

direktivitás – mely nem pusztán a csoport tagjainak, hanem a csoport egészének is teljes szabadságot hagy s legfeljebb a spontaneitást modifikálja – sokkal inkább kliensközpontú, mint a rogers-i, sokkal inkább partner-, sőt munkatárs-, küzdőtárs-, egyenjogú embertársszámba veszi a klienst, éppen az őszinteségéből fakadó autenticitásának köszönhetően.

A foglalkozások atmoszférája elüt a Magyarországon megszokott hospitális környezettől, mert egyrészt a tagok mintegy zsúr jelleggel ülnek össze, másrészt nem ritkán az „egyes számú" embervezető jelenléte nélkül rendeznek különböző programokat (kirándulás, vendégeskedés egymásnál stb.), melyek előkészítése azonban vezetőjük tudtával történik (az utólagos „kiértékelés" pedig – természetesen – már az ő részvételével).

Persze az itt megvalósuló öngyógyulási és *„magunk-gyógyítási"* folyamatnak – és itt megjegyzem, hogy talán ez lenne a pontos kifejezés az „önsegítő" helyett –, tehát ennek az „öngyógyítási" folyamatnak megvan a tudatosan működtetett racionális váza, forgatókönyve.

Ez a dramaturgia – főbb lépéseiben – a következő:

1. A mikrocsoport megalakulásakor, valamint egy-egy új tag bekapcsolódásakor, illetve a régi tagok egyikének-másikának esetleges újabb visszaesése vagy akut krízise esetén mindig egy fő kerül a csoport figyelmének fókuszába. Lehet mondani, mindig az éppen „legvérzőbb", „legvéresebb". Az illető ilyenkor – ha úgy tetszik – ventillál, majd a többiek véleményük és benyomásaik, továbbá áthallásaik és asszociációik megosztásával addig „szeretgetik" az aktuális „mártírt", míg az – legalább a továbbhaladáshoz minimálisan szükséges mértékben – túl nem jut saját epizodikus csőlátásán és csőérzetén, s így felkészül arra, hogy már ő forduljon más csoporttagok felé. Természetesen – a „vérzővel" szemben – kritika is megnyilvánul, azt sem rejti senki véka alá, ám ezt mindenki fokozott tapintattal és gyengédséggel teszi.

2. A „legvérzőbb" csoporttag főszereplését és főszerepeltetését követően (még ugyanezen az ülésen) a többiek beszámolnak saját sorsuk, életük alakulásáról, és arról, hogy – adott esetben – miként támogatták meg egymást. Mindez kvázi családias miliőben zajlik, egymás dolgaira, történéseire rákérdezve, értő és támogató figyelemmel, s a gyakorlati, konkrét újabb segítségadás lehetőségének jelzésével. E lépés terápiásan visszahat az ügyeletes „vérzőre".

3. Az első két (egymással párhuzamos és egyidejű!) fázis lezajlása eredményeként – ami egyébként 5-10 foglalkozást is átfoghat – a fókuszban levő kliens figyelme nem egyszerűen elfordul önmagáról, illetve múltjának

„gyászos" elemeiről, hanem társai elismerését érezve, elkezdi újrateremteni magát. Mindez úgy történik, hogy az élete legendájának korábban volt kibontásakor felszínre hozott és tudatosított képességeinek megfelelően (egy általa a múltban teljesített, vagy tanúként átélt heroizmusra építve) a csoport – szinte észrevétlenül – rávezeti őt arra a neki testhez álló feladat-, illetve hivatásvállalásra vagy szerepkörre, amelyen keresztül kialakítja felnőttsége szerves dominanciáját a személyisége egészében (értve ezt a folyamatot és célt – természetesen – perspektivikusan). E saját „sors-ing" megtalálása a csoport interakcióiban fogantatik meg, s ennek első realizációi a többi vagy másik csoporttag megsegítése útján generálódnak.

A „dramaturgia" végredménye: a kliens megszűnik „felnőtt gyermek" lenni, mert mind a gyermeki énje szükségleteit, mind a felnőtt énje igényeit képessé válik felnőtt módra kielégíteni (mégpedig állandó, tudatos kontroll nélkül, mintegy rutin-, illetve reflexszerűen), s így véglegesen felhagy addikcióival.

A most vázolt séma sikeres funkcionálását – mint bizonyára érzékelhető volt – néhány beépített garancia is szolgálja. Például:

– a csoportban büntetés nélkül lehet gyengének és gyarlónak mutatkozni (legfeljebb a kritika terhét kell elviselni), megvalósulhat tehát az ún. korrektív emocionális élmény;

– a csoport, mint egy pót-család, lehetővé teszi a gyerek-, illetve kamaszén pátyolgatását, ám ugyanakkor a tagok egymás számára az érett felnőtt életvezetés normáit és célját szabják meg, s egyúttal az ez utóbbinak való megfelelés mértékét és mikéntjét segítő figyelemmel kísérik;

– a csoport vezetője és asszisztense – az adott szituációnak megfelelően – ciklikus rendszerességgel rámutatnak a „felnőtt gyermekség" „itt és most" tetten érhető jegyeire, sőt eközben akár bevezetik a csoportot a pszichoterápia – egyébként a páciensek előtt féltve őrzött – „konyhatitkaiba" (illeszkedve persze a tagok ilyetén jellegű befogadási szintjéhez és vonatkozó igényeihez);

– a csoportban mindenki egyenlő, s az lehet, aki és ami (az ún. toxikus pedagógiában bevett szégyenkezés és szégyenkeztetés jelensége nélkül). (...)

Fekete György: Embervezetési technikák a szenvedélybetegek gondozásában. Egyház és világ, 1993/3.

VI. FEJEZET

A mentálpedagógiai kiscsoport

Az andreutika gyakorlati alkalmazásának fő eszköze – a szociológia, illetve a szociálpszichológia nyelvén fogalmazva – a formális csoport, amely – ebben a kontextusban – pedagógiai célzattal, mesterségesen létrehozott és meghatározott műveletekkel irányított kisközösséget jelent. Ennek alapvetően két típusát különböztethetjük meg, az egyik az ún. *önsegítő mikrocsoport* (részletező kifejtését lásd Avar doktor kézirat-hagyatékából itt közölt szemelvényben, valamint ezen írás szerzőjének – szintén itt olvasható – több dolgozatában); a másik: a *mentálpedagógiai kiscsoport* (melyről – e helyütt – tulajdonképpen írunk).

E két típus funkcionálisan építkezik egymásra, mert míg az elsőnek említett csoportforma, az önsegítő mikrocsoport mélyebb és átfogóbb (intra- és interperszonális) változásokat igér (mintegy kiteljesítve a mentálpedagógiai kiscsoporttól remélhető eredményeket), addig az – időben is – utóbb nevesített (és lényegesen „művibb") csoportképződmény egyfelől előkészít az önsegítő mikrocsoportba való bekapcsolódásra, másfelől pedig biztosít egy olyan radikális – ha úgy tetszik, gyorssegélyt nyújtó – személyiségtámogató (és egyben viselkedést újra szabályozó!) programot, amely arra is alapot teremt, hogy a kliens autonóm módon, önvezérléssel és individuális technikákkal (tehát nem feltétlenül csoportban, de nem is – őt a terapeutához infantilisan láncoló – diádikus függésben!), saját maga, a saját erejéből – az önnevelés és önfejlesztés tudatos instrumentumait használva, a kogníció útját járva – vigye végig önmaga személyiségrehabilitációját, valódi felnőtté formálását.

Az önsegítő mikrocsoport hosszabb időtartományban helyezhető el (1-2 év), továbbá pótcsalád jellegű (s ennek megfelelően kevésbé dolgozik direkt eszközökkel és módszerekkel), betöltve a következő főbb funkciókat: 1. szö-

vetkezés (aktuális) probléma-megoldásra; 2. szeretetlombik; 3. fájdalom-munka-terep; 4. felnőttség-laboratórium. A mentálpedagógiai kiscsoport viszont egy-két hónap alatt (heti kétszer 2-3 órás üléssel) „lefuttatható", stílusa ugyanakkor markánsabb, menete feszesebb (mivel esetében a didaktika követelményei szerint szigorúan meghatározott, tematikus csoportról van szó – a direktivitás nyílt dominanciájával). Mind a két csoportforma ajánlható a prevenció valamennyi területére: az elsődleges megelőzéshez (szűken vett mentálhigiéné), a másodlagos prevencióhoz (gyógyítás), valamint a harmadlagos megelőzéshez (utógondozás, illetve rehabilitáció).

Az alábbiakban megadjuk a mentálpedagógiai kiscsoport – klinikai praxis alapján kialakított – *optimum-program*ját, amelyet persze minden kolléga a maga szakmai attitűdjéhez és az adott terápiás helyzet konkrétumaihoz (státus, pillanatnyi szituáció stb.) igazítva tanácsos, hogy figyelembe vegyen (stratégiája, szerkezete, logikájának lényege azonban normatív!).

VI/1. A mentálpedagógiai kiscsoportot (továbbiakban: kiscsoport) –, hogy munkája szervesen csatlakozzék az Intézet terápiás tevékenységének egészébe – *saját célrendszer* határoz meg, amely a következőket jelenti:

– a *hospitalizáció megkönnyítése,* a kórházhoz való alkalmazkodás segítése (a hospitális léttel együttjáró betegszerep és viselkedés teljesítésének pedagógiai megtámogatásával);

– a *reális betegségtudat,* illetve belátás kialakításának stimulálása (az addikciós megbetegedésekre és a kompulzív személyiségre vonatkozó alapfokú andreutikai ismeretanyag didaktikus átadásával), az *önelfogadás ösztönzése;*

– az intézeti kezeléssel szembeni *ellenállás* értelmeztetése;

– a *bűnbakolási és megbélyegzési mechanizmusok leleplezése* (mind a pácienseket sújtó, mint az általuk gyakorolt ilyetén játszmák esetében);

– az akut *szorongások aktuális oldása* (ventillációval, élménymegosztással, Gendlin-féle fókuszolással, könnyebb relaxációs technikákkal);

– a *regresszió* és a *„megzuhanás"* (pl. újra italhoz nyúlás) értelmezése (a tünetekkel történő manipulálás megvilágításával, és ezzel összefüggésben az ún. funkcionális bűntudat elemeztetésével);

– az *önismeret* tanulása és elmélyítése;

– *reszocializációs* segítségnyújtás: az érett felnőtt személyiség magatartásmodelljének tanításával, valamint az ahhoz tartozó pszichikai képességek (elfojtás*, késleltetés, konfliktustűrés, kudarcfeldolgozás, kompromisszumkészség, empátia, önelidegenítés stb.) erősítésével, illetve elsajátíttatásával, továbbá elemi metakommunikációs képzéssel (testbeszéd stb.);

– *felkészítés* az adaptációs szabadságra és az *emisszióra* – (a gyógyulástól való félelem és a magány problematikájának feltárásával, a szerepek és a kodependencia jelenségének tárgyalásával);

– *bevezetés* – az önszeretettel történő barátkoztatás, és mások, a többi ember (kezdetben a betegtársak, illetve sorstársak) támogatásának, a szolgálatigény felkeltésének útján – *a valódi önsegítés* (self-help) *megtanulásába* (a *sorskönyv átírásá*nak megalapozásaként).

VI/2. A kiscsoport működtetésekor – a *használandó módszerek* tekintetében – célszerű alkalmazni:

– a hősterápiát, a logoterápiát és a pszichagógiát;

– a rövid dinamikus pszichoterápia egyes fogásait;

– a tranzakcióanalitikus jellegű megközelítést;

– az Erickson-féle tüneteztetést;

– a személyközpontú terápia több alapelemét;

– a személyiségpedagógia és a viselkedésterápia némely eszközét;

– a szociodráma, illetve a pszichodráma és a játék (valamint a humor!) bizonyos elemeit.

VI/3. A kiscsoport koncepcionálisan kialakított és működtetett *dramaturgia* szerint dolgozik. Ez a dramaturgia tematikus szakaszokra oszlik:

– Az *első fázisban* – az ismerkedő, tájékoztató ülést követően (melynek részét alkotja a beteghelyzetet aktuálisan elfogadó reális státusbelátást motiváló, s egyben antistigmatizációs célzattal szolidaritást érzékeltető tanári expozíció, a majdani önmegbékélés előkészítése érdekében; szlogenje: „Elfogadom magam olyannak, aki most vagyok, s közben arról se feledkezem meg persze, hogy már egy másik kérdés, milyen leszek, ki leszek!") – *bűnbakolást megengedő* (sőt arra felhívó!) *sorsmegosztást* vállalnak a csoporttagok. Kulcskérdései: „Miért vagyok itt?"; „Mennyiben nem működött az életem, mi nem működött és mi nem működik az életemben (fájdalmaim,

---

* Ha – úgy tetszik –, auto-edikatív értelemben (kognitív vezérléssel), nem pedig a klasszikus mélylélektan szerinti értelmezésben használva a fogalmat.

szenvedéseim,veszteségeim, sérelmeim, sebeim stb.), amiért ide kerültem a kórházba és az orvosok segítségét kell kérnem, illetve azt el kell fogadnom?"; „Jogosnak, igazságosnak érzem, hogy itt vagyok?"; „Kikre haragszom vagy neheztelek amiatt, hogy itt vagyok?"; „Ki helyett, ki miatt vagyok itt?"; „Kiért vagyok itt?"; „Ki tehet arról – rajtam kívül –, hogy itt kötöttem ki?"; „Kit és mit szoktam hibáztatni azért, hogy ide kerültem?" A megosztást *kiegészíti a bűnbak megjelenítése a kliens által,* rávezető kérdésekkel, például: „Ki ő Magának, milyen jellegű viszonyban áll Önnel?"; „Mi a foglalkozása?"; „Írja le a külsejét!"; „Teremtse meg itt nekünk! Jelenítse meg!"; „Milyen szokott lenni az arckifejezése, testtartása? Mutassa meg!"; „Milyen szokásai vannak?"; „Honnan származik, mit tud a múltjáról, sorsáról, életútjáról (azon részéről is, mielőtt Ön megismerte, illetve mielőtt Ön élt?)"; „Mit tud a szüleiről, ők miféle emberek voltak (lehettek)?"; „Tehát – véleménye szerint – Ő milyen szerepet játszik az Ön életében?". A dramaturgia e pontján a csoportvezető nagyon vigyáz arra, hogy *a bűnbakoló tüneteztetés mindvégig kontroll alatt maradjon* (nehogy kontraindikált regressziót vagy relapszust kiváltó túlpörgés lépjen fel a betegeknél), s ezért, e sorsmegosztási kör bezárulásáig, visszatartja a pácienseket – ha kell szigorúan – az egymás feletti ítélkezéstől, bírálattól (viszont bátorítja őket – az aháélmények terápiás hatása érdekében – az egymásra figyelésre, egymás drámájának tiszteletére, az egymást segítő kérdezésre, vagyis: egymás pozitív sztrókolására; egyébként ez a vezetői attitűd valamennyi fázisra érvényes).

– A *második fázis önreflexióra* serkenti a klienseket. Szempontjai: „Miért nem a bűnbak van itt (helyettem)?"; „Tud valamit és mit a bűnbak, amit én nem?"; „Miben jobb nálam a bűnbak?"; „Miben más – hozzám képest – a bűnbak?"

– A *harmadik fázis* ismét megosztás tartalmú, de már a pozitív történéseket, a heroikus mozzanatokat igyekszik megragadni (az egyéni életutakból), *énerősítő* funkcóval. Alapkérdései: „Mi jót éltem át az életemben?"; „Mi nagyszerűt vagy kedveset éltem meg?"; „Mely tetteimre emlékszem szívesen vissza?" A cél: megfoganjon a saját, új „sors-ing" lehetőségének gondolata (a csoportbeli interakciók, a csoportdinamika eredőjeként).

– A *negyedik fázisban* kerül sorra az *empátia tanítását* és gyakoroltatását szolgáló *„csere"-technika* alkalmazása. Indító kérdés: „Cserélne vele?", illetve – a kliensek által önmagukhoz intézve – „Cserélnék vele?" (E technika

további lépéseit lásd jelen anyagunk „Az empátia tanítása" c. fejezetében.)

– Az *ötödik fázis* egy kifejezetten *didaktikus* szakasz, amely egyfelől a „felnőtt gyermek"-jelenség, a *montázsszemélyiség*-állapot* *bemutatását* (keletkezése az ún. mérgező pedagógia révén, fő jellegzetességei stb.) jelenti, másfelől annak vázolását, hogy miként kötődnek ehhez a személyiségállapothoz a legkülönbözőbb addikciós megbetegedések (szenvedélybetegségek).

– A *hatodik fázisban* – a csoportvezető irányításával – a kliensek *beazonosítják* (saját és egymás sorsforgatókönyvében) a „felnőtt gyermek" tipikus magatartásvonásait és -mechanizmusait, valamint jellemző játszmáit és karakterisztikus reagálási módjait. Rámutatnak továbbá ezek reprodukálására aktuális – intézeti és csoportbeli – történéseikben.

– A *hetedik fázis* (némiképp szintén didaktikus formában) hangsúlyozottan *reszocializáló-readaptáló* jellegű. Előkészít a (teljes vagy részleges) távozásra, felkészít a leválás és leválasztás feldolgozására, kompenzálva az „elhagyás"-élmény megprovokálódását. Fő szlogenjei: „Valójában senki, de senki nem „cserélhet" senkivel, viszont mindenki „felcseréhető"!"; „Mindenki egyedi, egyszeri és kisajátíthatatlan, viszont mindenki pótolható!"; „Igazából nem vagyunk fontosak senkinek – önmagunkon kívül! Ám a harang – ugyanakkor – mindenkiért szól!"; „Az ügy fontos, nem én, azonban az ügy nekem fontos!"; „Elfogadom magam olyannak, amilyen vagyok, s közben nem felejtem: milyen leszek!" stb. E fázis konkrét témája: miként lehet a montázsszemélyiség önerőből történő meghaladását kognitív módon megtámogatni? Tárgyalandó fogalmak, problémák, összefüggések, jelensé-

---

* Felvethető, hogy a montázsszemélyiség mennyiben minősíthető új teoretikus fogalomnak (például, vö.: identitás-zavar, multiplex-személyiség, disszociáció stb.). Az azonban nyilvánvaló, hogy terápiás ereje vitathatatlanul jelentős. Használata ugyanis – interpretálva itt az andreutika gondolatmenetét – képessé teszi a klienst nem pusztán tudatosítani, hanem átélni, sőt átérezni: megismerheti, áttekintheti, uralhatja önmagát. Mert a saját én „felszabdalásával" megkönnyebbedik önmagunk elidegenítése, hisz így a „belső gyermeket" lehet elidegenítve-elfogadva szemlélni (működtetve a megfigyelő ént), lehet őt cenzúrázva szeretni, s ekképp egészségesen integrálni. A lényeg – e tekintetben –, hogy a montázsszemélyiség fogalmának segítségével egész énünkkel egyszerre léphetünk emocionális és kognitív viszonyba egyaránt, igen progresszív interiorizációt kiváltva ezáltal (és ily módon esélyt kapunk a katexis tudatos és adekvát befolyásolására saját pszichikus bensőnkben, a kongruenssé válásunkat előmozdítva).

gek és módszerek: kodependencia, regresszió és relapszus, szorongás, frusztráció, projekció, hasítás, önszeretet, felnőttség magányának felvállalása, addikcióellenes magatartás-öntanító, önvezérlő és önkommunikációs technikák (az interiorizáció tudatos öntámogatásaként, például: „Ma nem iszom!"; „Ma akarok nem inni!"; „Ma nem ittam!"; „Ma sem dühöngök!"; „Szeretem magam!"), valamint önsegítő-öngyógyító relaxációs technikák (pl. Gendlin-féle fókuszolás), továbbá önsegítés mint kifelé nyitás és másokon segítés (kifelé figyelés!), szereplehetőségek, sorsátírási tervek – természetesen mindez a kliensek szociokultúrájával adekvát nyelven fogalmazva.

VI/4. A kiscsoport dramaturgiájából kitűnik, hogy e terápiás formát (eltérően a folytatást jelentő önsegítő mikrocsoporttól) pedagógiai értelemben eléggé *kemény stílusúnak** szánjuk, amelynek vezetését direktivitás által dominált nondirektivitás jellemzi, és amelyben a felnőtt és a szülői én „megbombázása" zajlik (a gyerek és a kamasz én gyakori sztrókolása mellett).

Döntésünket a páciensek labilitása, énerejük elégtelensége** magyarázza, valamint az a véleményünk, miszerint a tiszta nondirektivitás ellene hatna mind az intenzitás, mind a didaktikus jelleg követelményének (melyekre azért van szükség, hogy csökkentsük az intézeti ápolási-kezelési idő funkciótlan elhúzódásának lehetőségét). Ez a – látszólag autoriter – kliensvezetés *paradox hatású,* mivel a pácienst nem passzivitásra kárhoztatja, nem rögzíti őt egy infantilis függésben, hanem – éppen a konfrontatív voltából és közvetített értékeiből eredően – az érintett személyt énereje mobilizálására, önmaga elvállalására motiválja.

VI/5. A kiscsoport nem egyetlen alkalmazási formája az andreutikának, hisz a csoportba történő bekapcsolást mindenkor megelőzi a kliens egyéni

---

* A kívánt kliensvezetési stílussal összefüggésben itt most csupán azt a korlátozó követelményt rögzítjük, miszerint az andreuta (a pedagógiai személyiségkezelést biztosító személy) legyen képes tűrni kliensei „kudarcait", újra és újra „sanszot" adva nekik. Más szavakkal: az andreutának folyamataosan jeleznie szükséges, hogy a teljesítmény már önmagában érték, minőség, mivel a kliensek nemegyszer súlyosan személyiségsérült, vagy akár pszichotikus páciensek, nem jelentéktelen hányaduk pedig – ráadásul – objektíve behatárolt, sőt leépülő, pusztulásban lévő emberi állapottal! – mind szociális, mind fizikális-pszichikai értelemben (gyakorta).

** Ugyanezen okok miatt eltekintünk az ún. „belső gyermek" megszólaltatásától, s helyette megelégszünk annak rendszeres megszólításával. Vö.: John Bradshaw: Vissza önmagunkhoz. A bennünk élő gyermek felfedezése. HUNGA-PSZICHO sor. HUNGA-PRINT Nyomda és Kiadó, Budapest (Fordította: Dr. Szász Ilma) é. n.

felkészítése, valamint a csoportmunka, ha indokolt, párosul egyéni pedagógiai személyiségkezeléssel, egy-egy kliens esetében. Az egyéni kezelések kialakításakor az andreuta („embervezető") ugyanazon elméleti-módszertani alapelvekből indul ki, mint amelyeket jeleztünk a csoportmódszer bemutatásánál. Mindazonáltal az andreuta törekszik arra, hogy a klienst minél előbb bevonja a csoportmunkába (lévén, hogy ez a forma jelenti az általa alkalmazott szubdiszciplina „természetes" terepét).

VI/6. A mentálpedagógia terápiás használatának eredményessége mérhető. A kontroll történhet csoport és egyéni keretben egyaránt, hol szóban, hol írásban. Erre alkalmas bármely egyszerűbb személyiségteszt (önteszt, önismeret-„tükör" stb.), vagy akár az alábbi feladat megszabása:

„SORSPOHÁR"-FELADVÁNY

Az érett, életét jobbítóan szabályozni tudó, valóban felnőtt (nem csupán megnőtt) ember számára nem megoldhatatlan probléma a következő feladat elvégzése:

1. *Mi van a „sorspoharamban" (akár a legalján)?*
2. *Kik és mit töltöttek bele?*
3. *Mi az, amit kiönthetek belőle, ha úgy óhajtom?*
4. *Mi az, amit ha akarok, akkor sem önthetek ki?*
5. *Mi az, amit nem kívánok kiborítani belőle?*
6. *Mit tehetek azért, hogy a jövőben – persze, csak amennyire lehet – kizárólag én töltögessek a saját „sorsedénykémbe"?*

Hajtsa végre Ön is ezt a műveletet!

Fekete György, 1995

VII. FEJEZET

Avar Pálról

1.

„Meghalt a nagy Pán! A nagy Pán halott!" – írja keserűen és lemondóan Reviczky Gyula egyik versében. A szelíd szavú, játszi, kedélyes, Dionüszosz kíséretéhez tartozó Pán halálát, aki a mindenség és az erdő istene is, gyászolja a költő. Pán maga is gyönyörűen tudott pásztorsípot fújni, ám talán még jobban értett ahhoz, hogy támogassa és lelkesítse a bátran éneklőket és táncolókat. Ilyen meg-megújuló támaszt és biztatást kaptam én is a magyar addiktológia nemrég elhunyt nagy Pánjától, *Avar Páltól* (1924-1993). Pán volt ő az én számomra, azért is, mert benne láttam azt a személyiséget, aki munkásságával az alkohológia lehetőségeinek s tartalékainak természetes, archaikus, epikus mozzanatait, dionüszoszi elemeit tárta fel és hasznosította. Mintha már vezetékneve is, amely a Kárpát-medencében a magyarok bejövetele előtt élő, ma már nem létező nép nevével azonos, régi, szunnyadó erőforrások létére figyelmeztetne.

Amikor pályakezdőként szinte már elcsüggedve kerestem annak a módját, hogyan is tudnék én közvetlen, emberi módon szót érteni alkoholistákkal, s hozzátartozóikkal úgy, hogy az ráadásul még nekik is hasznos legyen, akkor akadtam rá Avar Pál *„Háromszög terápia" az alkoholbetegek kezelésében* (Alkohológia, 1978) című írására. A részletes leírás alapján alkalmazni kezdtem a háromszög terápiát, s a technika működött a kezemben, pontosabban én működni tudtam általa. Híven követtem a javasolt rítust, s az én szertartásos komolyságom átterjedt a párokra is, kezdték ők is komolyan venni és tisztelni önmagukat, feladatukat és jól körülhatárolt felelősségüket. Ez volt az első eset az életemben, amikor eredményesen triangulálódtam egy alkoholista házaspár kapcsolatába, s nagyon gyakran a párok

is először élték azt át a saját történetükben, hogy valakit nem az intimitás rovására vonnak be életük egy szférájába. Évekig ez maradt számomra az egyetlen keret, amelyben kongruensen és örömmel voltam képes alkoholistákkal foglalkozni.

Érdekelt, mi mással foglalkozik még Avar Pál, hogyan gondolkodhat az engem izgató kérdésekről. Ezt a kíváncsiságomat sokban kielégítette *A gyógyító közösség* (Világosság, 1978) címmel publikált írása. Már az első mondatát is nagyon rokonszenvesnek találtam. Ez így szól: „Az orvostudomány művelői, egyoldalú természettudományos beállítottságuk miatt sokáig csaknem kizárólag a biológia tárgykörébe tartozó kérdések iránt tanúsítottak érdeklődést." Az írás bevezetőjében a pszichológia, antropológia, etológia, jeltudomány és kommunikációs tan orvosi alkalmazásának szükségességére hívja fel a figyelmet. A tanulmány további része korszerű betegségkoncepciót, személyiségelméletet és emberképet vázol fel, pontosan azt tehát, amire bármely pszichoterápiás tevékenység megalapozásához szükség van. A cikk világos problémafelvetései, egyéni veretű nyelvi komponáltsága azt a projekciós felületet és várakozást keltette bennem, hogy Avar nemcsak védi az alkohológiát az egyoldalú medikalizálásától, de talán a számomra oly nyomasztó hűbéri viszonyok ellen is föllép. Ahhoz a találgatáshoz, hogy ez valóban így van-e, Bakonyi Péter *Téboly, Terápia, Stigma* és Benedek István *Aranyketrec* című könyvéből kaptam további támpontokat. Az előbbiből megtudtam, hogy „szívélyes és mosolygós ember", aki „már az első percben tegeződésre vált" az újságíróval. Az a szelíd kényszer ellenben, amellyel Benedek ábrázolja az őt végül a Pusztára csábító minisztériumi orvost, inkább elhalványította a meglévő várakozást.

Ezekkel az információkkal és képzetekkel utaztam 1986 őszén Budapestre, a Hárs-hegyre, az Országos Alkohológiai Intézet egy kerekasztal megbeszélésére, s izgatottan vártam a találkozást a vezető alkohológusokkal, köztük Avar Pállal. Az első meglepetés akkor ért, amikor megpillantottam a magyar alkohológia furcsa, rozoga, de az önállóság és a központban levés öntudatával áthatott, mégis nagyon periférián állónak tűnő, fellegvárnak nemigen mondható faházát. Ebbe az ikonográfiailag meghatározhatatlan épületbe lépve, az járt a fejemben, hogy én, mint a humanisztikus etika gondolatkörének előterjesztője, milyen fenntartásokkal, elhatárolódási megnyilvánulásokkal nézhetek itt szembe. Nem tudni miért, a „mindenben kételkedni kell" karteziánus és marxi hozzáállásra számítottam. A referátumomhoz elsőként Avar Pál szólt hozzá, akit akkor láttam először. Nem elutasítani, hanem megismerni és megérteni akart engem, a vidéki idegent.

Kérdései a kommunikáció mélyítésére, szélesítésére irányultak. Nem bírált, hanem támogatott, s amit mondott megengedő megfogalmazással mondta, mint lehetőséget, ami lehet másképp is. A megbeszélés után nagyon közvetlenül és barátságosan megkérdezte, mit szeretnék én csinálni a jövőben, s ő miben segíthetne.

E találkozás után újraolvastam az *Új pszichoterápia-koncepció az alkoholisták kezelésében (Alkohológiai Kiskönyvtár, Medicina, 1980) című tanulmányát. Az ott ismertetett, heroikus pszichoterápiának nevezett módszer, mint írja, nem idegen anyag „bevitelére", hanem a személyiség eleve meglévő, de elvesztett „kincseinek" a felkutatására, a megtalálás örömére, s az örülés módjának megadására koncentrál. A múltbeli heroikus mozzanat felszínre hozatala adott eshetőséget Avar Pál számára, az alkoholisták esetében egyébként oly nehezen kialakítható terápiás alaphangulat megteremtésére. A hazai Alcoholics Anonymous mozgalom kibontakozása után, nyitott meetingeken több olyan talpra állt alkoholistával találkoztam, aki részére éppen az Avar Pállal való találkozás, saját belső „kincseik" megpillantása jelentette a változás akarásához szükséges inspirációt.*

A heroikus pszichoterápia személyiségelméleti alapvetése található meg *A montázs-személyiség* (Alkohológia, 1986) című tanulmányban. A tanulmányból kitűnik, milyen sokoldalúan foglalkozott a modern alkohológiai ismeretanyag hazai integrálásának lehetőségeivel. Az 1988-ban közreadott *Hősterápia* (Magvető Kiadó) című könyv pedig végre csökkentett azon a hiányérzeten, ami a gazdag életmű és az ehhez képest viszonylag kevés publikáció aránytalanságából adódott. A legősibb gyógyító eszközöknek, a történetmondásnak és az igazi odafigyelő meghallgatásnak nagy teret adó módszerét kezdi legendaterápiaként, illetve epikus terápiaként említeni.

Egyik kezdeményezője és gondozója az 1989-től megjelenő Alkohológiai Füzetek sorozatnak és a Referáló Szemlének. Rendkívül fontos, az alkohológiai szakmai anyanyelv részét képező könyvek jelentek meg első ízben magyarul a „füzetek" sorozatban. Büszke volt a realitás-gyógymód megalkotójához, William Glasserhez fűződő baráti kapcsolatára, s meg is jelentette Glasser hasonló című könyvét. 1989 végén telefonon hívott fel, azzal az ajánlattal, hogy írhatnék én is egy könyvecskét a sorozat számára. Ekkor tapasztaltam, hogy mennyire tudja azt, ami a hatékony terapeuta működésének legfontosabb aspektusa: hogyan és mikor kell támogatni, elismerni. Később azt is átélhettem, hogy a „sztrók" kéréshez is értett. Ettől kezdve évente találkoztunk. 1990-ben munkatársaival eljött a pécsi Addiktiátriai Társaság nyári szemináriumára. Hozzászólásaiból kitűnt, mennyire nyugta-

lanítja az alkoholisták sorsa, szenvedése, s miben lát változtatási lehetőséget, személyesen és elvileg egyaránt. Felismerte a spirituális önsegítő csoportok jelentőségét. Kíváncsian, bizalommal hallgatott és kezdeményezően, felelősséggel beszélt, mintha csak ellenpéldáját akarná adni a számítógépes világunkat oly jellemző, gyengédséget nem kimutató Parsifál-attitűdnek. Aztán eljött egy következő évi szemináriumra is. Kész volt tanulni a fiataloktól, a betegektől, mindenkitől. S szívesen elmondta azt is, amivel ő foglalkozott. Független gondolkodásmódja újra és újra vizsgálat alá vette a szakterület alapelveit, s újragondolta a saját addigi elképzeléseit. Lelkesen beszélt az *önsegítő mikrocsoportokkal* folytatott munkájáról, s egy általa kialakított szubdiszciplina, az *andreutika* (embervezetés) reményteljes látomásáról. Egy évvel később egy továbbképző tanfolyam keretében Szigetváron találkoztunk. Emlékezetes előadásában, elsősorban John Bradshaw tanításához kapcsolódva, az addikció szégyennel, fals-énnel, elhagyástól való félelemmel kapcsolatos gyökereit ismertette. A vele való beszélgetésekben mind szakmailag, mind emberileg sokat növekedtem. Megragadó volt mindig felvillanó érdeklődése az új minőségek, potenciális értékek iránt. Amikor szenvedélyesen belemerült valamibe, könnyen megfeledkezett az időkorlátokról.

Utolsó hosszabb beszélgetésünkre 1992 őszén, egy addiktológiai tanfolyamon került sor. Ő ajánlotta nekem, hogy vezessem a délutáni műhelymunkát. Nagyon megkönnyítette a dolgomat az a szinte atyai érdeklődés és szeretet, amit kaptam tőle. Őt ekkortájt a „férfi kérdések", a maszkulin viselkedés, elsősorban a harcos és dühödt magatartás tanulásának, s a tanulás megfordíthatóságának problematikája izgatta. Felmerült egy közösen rendezendő workshop terve is, amire sajnos vele már nem kerülhet sor. Szerteágazó érdeklődése, a főbb trendek felismerése iránti fogékonysága, s aktivitása alapján azt hiszem, a magyar addiktológia elméleti és metodológiai megújulásának egyik fő kezdeményezőjeként tarthatjuk számon. E tanfolyam után már csak egyszer találkoztunk, idén tavasszal, véletlenül. Érződött rajta testi erejének megroppanása, ám telve volt ambícióval. Mintha egy utolsó biztatást adott volna, elismerő szavai szinte simogattak. Ötleteket kaptam tőle további munkámhoz, megmondta, mi tetszik neki abban, amit csinálok, ugyanakkor a tervezett workshoppal kapcsolatban lemondóan nyilatkozott.

Sok mindent szerettem volna még megkérdezni tőle, de már csak az életmű válaszol. Nem ismertem a személyes életét, a közösségeit, csak szemléletalakító, igéretes irányokat megmutató fontos munkáit. Nem tudom, hogyan élte át életének utolsó napjait, nem tudtam elköszönni tőle, megkö-

szönni neki, amit kaptam tőle, s megmondani neki, hogy mennyire becsültem. Igaza lehetett a férfiak dühösségével kapcsolatban. Én is mérges vagyok rá, amiért elment, nem vigyázott jobban magára, s nem lesz több közös munkánk sem. S természetesen haragszom a sorsra is, amely alkotó pályájának csúcsán adta át őt a halálnak. Nem érhette meg új könyvének, az *Embervezetés*nek a megjelenését sem. Most, ahogy megírtam e búcsúzó sorokat, irracionális érzéseim kifejezése után, a legszívesebben elégetném a papírt. Talán így segíthetném az integrációt, azt hogy legalább bennem éljen tovább. Halála, mint egyéni halál visszavonhatatlan, s hiányzik, hogy kedves és komoly egyéniségét nem láthatom többé. Értelmes, jelentőségteljes emberi céljai, törekvései azonban megmaradtak. Emlékét őrizze kegyelet. Szívembe zárom a tanait.

Dr. Kelemen Gábor: Találkozásaim Avar Pállal. Megemlékezés. Szenvedélybetegségek, I. évf., 4. sz.

2.

***Búcsú Avar Palitól* (1924. január 5. – 1993. július 7.)**

Hát mégsem mentél nyugdíjba, Kedves Barátom! A Nyakigláb Okos Kamasz szinte utolsó percéig kidolgozta az életét: lótott-futott betegtől betegig, előadott és vitázott a legkülönbözőbb szakmai fórumokon, ahol gondolatai eredetiségével mindig meg tudta lepni s le tudta nyűgözni hallgatóságát. Örülök, hogy közelről figyelhettelek, s részese lehettem szikrázó ötleteidnek és orvosi emberségednek egyaránt, amely nem engedte, hogy visszautasíts bárki Hozzád segítségért fordulót. A mentális rehabilitációt Te nemcsak hirdetted, de tetteiddel is igazoltad, amikor munkatársaddá fogadtad hajdani betegeid jó részét.

Nagy Emberként gyalog jártál közöttünk, akár a próféták a maguk korában: híveid elárvulva siratnak, de aztán megvigasztalják egymást a bennük élő emlékeddel és sugárzó erőddel, ami tagadhatatlanul jelen volt közöttünk, hiába gúnyoltak a hátad mögött némely szakmai barbárok, érzéketlen, diplomás fatuskók.

Palikám, kedves, hát nem muzsikálunk többé együtt, mint közös vidéki „turnéinkon" tettük annyiszor? Ahogy tudtunk összedolgozni, remekül feladva egymásnak a leütni való labdát – orvos és nem orvos –, a hagyományos medicinát messze meghaladó közös álomvilágunk végtelen pályáján?!

Amiért a leghálásabb vagyok Neked, az maradjon a mi titkunk, most már örökre, habár haragudnom kellene Rád, hogy megelőztél – a halálban is. Rád nagyobb szükségük lett volna az ittmaradottaknak, a hajuknál fogva önfelemelőknek, az „andreutikai mikrocsoportok" neves és névtelen hőseinek.

Az én megállt szívem hogy, hogy nem, megindult újra (egy időre), a Te szikrázó agyad pedig egyszer s mindenkorra nem ad több EEG-jelet.

Egyetlen egyszerű, az évek messzeségén máig átsugárzó emlékünket hadd elevenítsem fel mégis nyilvánosan. Te is csak hahotáznál, hogy éppen ezzel búcsúzom Tőled. Veszprémbe hajtottunk a Trabantommal (amibe csak úgy

fértél bele, akár egy túlméretezett collstok), az Alkoholizmus Elleni Megyei Bizottság tanácskozására igyekeztünk.

Egész úton fejtegetted új meg új elméleteidet, miközben bekapcsoltad a hordozható kismagnódat, hogy egyetlen szavad se vesszen kárba. Még akkor is tovább magyaráztál-fantáziáltál, amikor néhány percre félre álltunk a kocsival, hogy az árok túlpartján könnyítsünk magunkon...

Ilyen egyszerű, igaz ember voltál s maradtál mindvégig. A könyveiden kívül az emlékezetünk őrzi Avar Pali Barátom (Barátunk), megszámlálhatatlan ötleted, termékeny gondolatod. Fuis. Ennyi.

A francba is! Indulatos, Csodálatos Fivérem: hát tényleg többé nem találkozunk?!

*

Dr. Avar Pál orvosírót, a Józan Élet Szövetség egyik megalapítóját, július 19-én kísértük utolsó útjára, a Farkasréti temetőben.

Fekete János: Ez nem nekrológ.
Józan Nép – Kiáltás, egészség- és családvédő melléklet,
1993. augusztus 3.

3.

Dr. Avar Pál, az Országos Alkohológiai Intézet most elhunyt főorvosa azok közé tartozott, akik nem tisztelik a „járt utat a járatlanért el ne hagyj" közismert elvét. A szenvedélybetegek gyógyítása szinte megköveteli, hogy újra és újra „új utak töressenek" az addiktológia tudományában, s Avar doktor időről időre megtette a maga „csákánycsapását", hogy egyengesse azt az utat. *Hősterápia* című könyve 1988-ban látott napvilágot, a Gyorsuló idő sorozatban. A bevezetőben így ír: „1972-ben fogalmaztam meg első ízben a heroikus terápia gondolatát. A „hősi mozzanat" – fogalmaim szerint – olyan emberi történés, amely valamilyen megvalósulást hordoz magában."

Megvalósulás. Valamennyien erre törekszünk mindennapjainkban, akik hivatásunknak érezzük a szenvedélyek rabjainak felszabadítását. Miközben gyógyítani igyekszünk őket, óhatatlanul a nevelőjükké is válunk, hiszen ha elértük, hogy higgyenek nekünk és bízzanak bennünk, „vezetnünk" is kell betegeinket arra az útra, amely a csábítástól még nem veszélytelen, mégis egyre szilárdabb, és biztos támaszul simul a gyógyuló-botladozó talpa alá.

Az „embervezetés" (görögül: andreutika) dr. Avar Pál gyógyító munkája során csiszolódott elméletté, amelyet „jegyez" már az Eötvös Loránd Tudományegyetem Szociológiai Tanszéke is, s itt ismerkedtek meg vele a közelmúltban amerikai, francia szakemberek, akik a szenvedélybetegek gyógyításában az *A.A.-mozgalomnak* adták a főszerepet. A.A. = anonim alkoholisták, tehát *névtelenek* közössége, olyanoké, akik arra szövetkeztek, hogy betegségüket együtt gyógyítsák jó szóval, személyes példaadással, a másikra való állandó odafigyeléssel, a megújulni tudás képességével, az új, szenvedélyektől mentes élet megteremtésének naponta megújuló hitével.

Hogyan? – kérdik vissza a kétkedők. Vak vezet világtalant? Határozott „nem" a válasz. Akik már élik a „névtelen alkoholisták" céltudatos, tervezett s önmaguk által megszervezett életét, valamennyien „látók". Az út számukra is teli van buktatókkal, de képesek felismerni és elkerülni azokat. Mi ez tehát, ha nem „embervezetés"?! Mint Avar doktortól hallottuk: a tapasztaltabb átadja tudását a kevésbé járatosnak; ez olyan pedagógiai módszernek tekinthető, ahol az értelemé, a kognitív funkcióké a vezető szerep. Persze, az „embervezetés" a gyógyító orvos, pszichológus, pedagógus számára nemcsak az addiktológiában (a szenvedélybetegeket összefoglaló tudományág elnevezése) alkalmazható. Ma már a „nukleáris család" ismert fogalom. Azt jelenti, hogy csak a szülő(k) és a gyerekek élnek együtt, közös háztartásban, ellentétben a régi, nagy létszámú rokoni közösségekkel, ahol a családi ház-

ban helyük volt a nagyszülőknek, nagynéniknek, nagybácsiknak, sőt a távolabbi rokonságnak is.Természetszerűleg ez utóbbiban nagyobb volt a „szocializációs tér", a gyerekek bőven választhattak modellt felnőtt életükre.

Napjainkban a családi élet válsága sem újkeletű. Jobbításra szorul, tudjuk. A gondok szinte termelik a devianciákat (elfogadhatatlan magatartási módok): az alkoholizálást, narkózást, bűnözést is. Nem ritka, hogy a felboruló házasságok rengetegében valaki végképp eltéved és egyedül marad. Jönnek a pótcselekvésnek nevezett pszichológiai történések: a kényszerek, a fóbiák, a hipochondria, egyszóval: a neurózis. Amit aztán nem kevesen próbálnak alkohollal „orvosolni".

Avar doktor betegei között gyakori az olyan, akiben a felnőtt kori személyiségvonások mellett – jól felismerhetően – megtalálhatók a kamaszkori, sőt még a gyermeki vonások is. Őket nevezte Avar doktor *montázsszemélyiségeknek,* hiszen, mint a fényképészetben vagy a kubista festészetben – egyszerre látható és érzékelhető a többféle cél. Avar Pál tapasztalatai szerint gyorsabb a karakter fejlődése, érési folyamata, ha mind a neurotikusoknál, mind a szenvedélyek btegeinél, mind a montázsszemélyiségűeknél nem a pótcselekvések megszüntetésére törekszünk, hanem – emlékeztetvén az olvasót a „Hősterápiára" –, felkutatjuk a beteg élettörténetében azt a mozzanatot, „heroikus történést", amikor bizonyította erejét, tehetségét. Bármit, amivel őszintén azonosult, elégedett volt. Azzal az önmagával, akit elveszített.

Jó, ha mindez az Avar doktor által mikrocsoportnak nevezett gyógyító közösségben történik, ahol az „embervezető" egy kicsit a családot mintázó csoport családfője is. Akik ide járnak, már ledobták a vállukra nehezedő „homokpoggyászt", a magányt. Exupéry Kis Hercegének rókájától tudjuk, hogy nincsenek „barátkereskedők", a kapcsolatokat ki kell érdemelni. Avar Pál tanítása nyomán – remélhetőleg – lesznek „embervezetők", akik a társtalan, szorongató szenvedélyeiktől szabadulni szándékozó emberekből gyógyító közösségeket tudnak majd teremteni.

Polesinszky Veronika: Vak vezet világtalant? Embervezetés. Józan Nép – Kiáltás, 1993. augusztus 3.

FÜGGELÉK

Zárszó, avagy a lektor véleménye

Örömmel olvastam a tanfolyamra összegyűjtött írásokat. Sokat tanultam belőlük. Pedig már 1953-ban, amikor *Bárczi Gusztáv* ajánlására, volt elmeosztályi ápolóként Intapusztára küldött *Avar Pál,* a fiatal minisztériumi előadó, *Hollós Istvántól, Zádor Imrétől, Hárdi Istvántól* (és ajánlómtól!) elég sok ismeretet gyűjtöttem össze a betegekkel kialakított s kialakítható emberi kapcsolatokról, amiről ez a kötet szól. Azóta *Benedek Istvántól,* majd *Liebermann Lucitól,* még később *Juhász Páltól,* és a különböző lelki problémákkal küszködőktől (meg az irodalomból) tovább igyekeztem tapasztalatokat szerezni. Méltányosnak érzem, hogy a felsorolásban *Gimesné Hajdú Lilit* is megemlítsem. *Avar Pállal* beszélgettünk nem is olyan régen arról, mennyire kár, hogy Hajdú Lilit – akitől ő is sokat tanult – milyen méltánytalanul elfelejtették. Akkor Pali azt mondta, hogy nem a hírnév a lényeges, hanem az, hogy ami jó, legyen, aki folytatja.

De jó lenne, Pali, ha látnád ezt a kötetet (s majd az andreutika további fejlődését) s azt, hogy – elsősorban tanítványodnak, *Fekete Györgynek* köszönhetően – nem feledkeznek meg Rólad azok sem, akik újabb kor gyermekei.

Igaz, az anyagot az összeállítás módja (és feldolgozása) nem teszi egykönnyen megtanulhatóvá. Különösen azoknak, akik számára mindez teljesen új ismeretkör, megérteni sem lesz mindig egyszerű. De higgyék el a „régi szakembernek", érdemes átrágni magukat mindegyik itt közölt íráson. Lehet, hogy akkor fogják csak igazán megérteni, amikor majd elkezdenek foglalkozni az egymást segítő rászorultakkal – az andreutika szellemében. Bízom abban, hogy előbb-utóbb – mint én – Önök is felismerik: gyakran van szükség e módszerre, pontosabban ezeknek a módszereknek az alkalmazására.

Veér András bevezetőjében világosan és meggyőzően leírja, hogy miért szükséges az andreuta- és koandreuta-képzés. Különösen találónak tartom, hogy az andreutikát *„felnőttek valódi felnőtté nevelése"*-ként határozza meg. Meggyőződésem, hogy Avar Pál nemcsak azért alkotta az andreutika műszót, hogy figyelmet keltsen, hanem azért is, mert nincs rá megfelelő kifejezés sem a magyarban, sem a nemzetközi szaknyelvben. Embervezetésnek lehet ugyan nevezni, de annak nem csak ezt lehet nevezni. Ez egy újonnan felismert lehetőség, érthető tehát, hogy korábban nem volt rá szó.

A 19. század végén vált világossá néhányak számára, hogy lelki működésünk nagyon fontos részei a nem tudatos ösztöntörekvések és a kiskorunkban nem tudatossá belénk épült elvek, motivációk stb. Akkor adhatott nevet *Freud* – aki különösen sokat tett ezek megismeréséért – az „id"-nek és a „superego"-nak, amikor azokat már felismerték. Csupán a 20. század végén vált aztán nyilvánvalóvá, hogy felnőttkorunkban csak akkor maradhatunk egészségesek (lelkileg), ha személyiségünk bennünk továbbélő „gyermeki, kamaszos" részei – és a korán kiépülni kezdő „szülői" részei harmonikus együttműködésre képesek egymással s a körülöttünk élők hasonlóan összetett személyiségeivel.

Avar Pálnak nagy része volt ebben a felismerésben, valamint abban, hogy e harmónia helyreállításának módszerét fejlesszük. Minden oka megvolt rá, hogy az új felismerésnek új nevet adjon. (Az andreutika elnevezést különösen szerencsésnek tartom, mert míg a hermeneutika a nem ismert írásban rejlő értelem olvashatóvá és ezáltal használhatóvá tétele, az andreutika a nem könnyen megismerhető emberi személyiségrészeknek a felnőtt módon való felhasználása.)

Veér András így fogalmaz: „Közismert, hogy a közösségi önsegítő csoportok (mozgalmak) gyógyeredményeivel – a különböző addikciók kezelésében – semmilyen intézményes módszer nem vetekedhet." Nagyon is egyetértek vele, valóban jó lenne, ha ez mielőbb annyira közismertté válna, mint az – tapasztalataim szerint – például Írországban, az USA-ban vagy Ausztráliában. Ebben sokat segíthet ez a kötet, továbbá Veér András publicisztikai tevékenysége, és hogy mint az OPNI főigazgatója és mint mentálhigiénés miniszteri biztos, támogatja az andreutikát.

Az andreutika elméleti és gyakorlati alapjait ismerhetjük meg a második fejezetben. Avar Pál még soha ki nem adott kézirata bámulatos irodalmi áttekintés mindazon ismeretekről, amit e téren felhasználhatunk. Az 1986-ban készített kézirat pedig az andreutikának a gyógyító munkában való felhasználásáról, elsősorban az Avar-féle „hősterápiáról" ad érthető leírást.

Fekete György két dolgozata sem felesleges ezek mellett, jól kiegészítik, mert didaktikusan fejtegeti tovább az alapelveket és a gyakorlatot.

Valkai Zsuzsanna közérthetően jellemzi a **montázs-személyiséget,** más néven a „felnőtt gyermek"-et. Meggyőz arról, hogy ezt a fogalmat, a segítettekkel megbeszélve jól használhatjuk. Gondolom, velük együtt még fejleszthetjük is.

Fekete György ír **az empátia tanításáról.** Egyetértek vele: az empátiát lehet és kell tanítani. De abban is, hogy a non-direktivitás gyakran az empátia-hiány álarca. A mód pedig, ahogy ezt a tanítást kifejti, jól érthető, könnyen elsajátítható.

Az önsegítő mikrocsoport az andreutika legeredetibb újítása. Itteni leírása tömör és plasztikus. Magam is tapasztaltam, hogy a szer-függők számára a szokásos kiscsoport túl nagy, és a családi megközelítés nyújtja itt a legtöbb lehetőséget, főleg ha az anyát is, a mintaadó apát is be lehet vonni a munkába. Ha ez lehetetlen, a „háromszög" szintén jó. Ha család sincs (vagy súlyosan diszfunkcionális), csak a mikrocsoport segíthet.

A mentálpedagógiai kiscsoport Fekete György érdekes új próbálkozása. Nem pótolni kívánja vele a mikrocsoportot, csak előkészíteni. Így gyorsíthatja a munkát, ami indokolt.

Az utolsó fejezetben szép összeállítást olvashatunk az Avar doktort búcsúztató elköszönésekből.

A napokban válaszoltunk *Sohail Inayatullah* jövőkutató körkérdésére *Nováky Erzsébettel,* a jövőkutatás hazai professzorával közösen. S. Inayatullah azért tartotta szükségesnek, hogy az e témában publikálókat is megkérdezze, mit várnak a jövőtől, mert a korábbi felmérések csak férfiak, csak fehérek (zömmel USA-beliek és átlag 58 évesek) válaszait összesítették. – Én magam 64 éves fehér férfi vagyok, de hiszem, hogy nagyobb empátiával viszonyulok akár a nőkhöz, akár a nem-fehérekhez, mint általában a korombeli férfiak. Ezt meggyőződésem szerint annak köszönhetem, hogy megtanultam egyenrangúként beszélgetni a pszichiátriai segítségre szorulókkal.

Egyetértek Nováky professzorral – és valószínűleg sok jövőkutatóval – abban, miszerint a legfontosabb, hogy a kisebb közösségeket (népeket, egyházakat, egyéb kisebbségeket, például szerfüggőket, pszichiátriai betegeket stb.) is el tudják végre fogadni a nagyobb közösségek, valamint hogy az emberiség képes legyen korlátozni magát a túlszaporodásban és a környezet tönkretételében. Egyetértünk abban is, hogy ehhez szükséges az emberek megértőkészségének és jövőorientációjának a fejlődése. Indokoltnak vélem

hozzátenni, **e fejlesztésnek nélkülözhetetlen feltétele, hogy sokan tanuljanak meg olyan módszereket, amelyekkel saját maguk és társaik lelki egészségét javítani tudják.**

Meggyőződésem, hogy **az andreutika olyan metodikát ajánl, amely alkalmas arra, hogy tömegek sajátíthassák el,** és használhassák a megértőkészség fejlesztésére.

Befejezésül említem meg *Göllesz Viktor,* a kiváló gyógypedagógus-orvos személyét, akinek egész eddigi munkássága ugyanazt a segítő ethoszt reprezentálja, mint aminek a hazai megvalósulását *Avar Pál* egyengette. Göllesz doktor (a Szociális Munka Alapítvány elnökeként és a Szociális Munka c. folyóirat főszerkesztőjeként) karolta fel elsőnek – Avar Pál halálát követően – az andreutika oktatásának és publikálásának ügyét.

Dr. Kappéter István főorvos
szociálpszichiáter – pszichoterapeuta

Szerkesztői megjegyzés az andreutika „etimológiájáról"

Mind az „andreutika", mind az „andreuta" kifejezés – mint ezt több ízben jeleztük – műszó. Méghozzá nem is grammatikai, hanem kifejezetten poetikus képzés szüleménye.

Az „anér" görög szó (jelentése: férfi, felnőtt, ember, vitéz stb.) birtokos esetéhez („androsz") költői szabadsággal kapcsolt „eutika" és „euta" szórész ugyanis csak lazán utal az „eüthünó" igére (jelentése: egyenget, helyes irányba terel).

Az „Alapító Atyának" ez a szójátéka – amellett, hogy híven tükrözi az „embervezetés" lényegét – alig titkolt derűvel árulja el Avar Pál malíciáját. Ugyanis mindig iróniával kezelte az ezoterikus szaklélektani megközelítésmódokat – és azok tudálékoskodó, akár laikus, akár sznob változatait.