

dr. Zalka Zsolt István

A terápiás közösség, mint kollektív ágens

**A budapesti „Thalassa Ház” pszichoterápiás intézet terápiás közösségének
kialakítása és vizsgálata**

Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet
BCE

témavezető: Prof. Dr. Horányi Özséb

@ Zalka Zsolt István

Budapesti Corvinus Egyetem

Társadalmi Kommunikáció Doktori Iskola

A terápiás közösség, mint kollektív ágens

**A budapesti „Thalassa Ház” pszichoterápiás intézet terápiás közösségének
kialakítása és vizsgálata**

Ph. D. értekezés

dr. Zalka Zsolt István

Budapest, 2017

Tartalom

Ábrák, illusztrációk, táblázatok jegyzéke:	8
BEVEZETŐ.....	10
A pszichoterápia intézménye	10
A terápiás közösség színtere	21
I. RÉSZ.....	34
1. FEJEZET.....	34
A Thalassa Ház terápiás közösségének kialakulása.....	34
A kezdetek.....	34
A végtelen leválás folyamata	36
Hely a diskurzusban	38
"Terápiás" emberkép	41
A terápiás működés kiindulóelemei.....	44
A közösség terápiás kultúrája az első években.....	46
A közösségi hatékonyság elemei	49
Kritikai pillantás a kezdetekre	50
2.FEJEZET.....	52
A Thalassa Ház terápiás közösségének jelenlegi működése: funkciók és struktúrák ...	52
A közösség tagoltsága, funkciók, felelősségek és feladatok – az agencia kondicionálása	52
Struktúrák a dialógushoz – a konfliktusok kondicionálása	61
Az órarend.....	61
3. FEJEZET.....	71
Az érték-, norma és szabályrendszer	71
Hol és mikor: a normatív diskurzus strukturált keretei:	86
A cselekvésség közösségi nyelve, tapasztalati tanulás és játék	88
A cselekvés jelentősége	89

Elméleti háttér: a performatív fordulat	91
Élményalapú csoportok a Thalassa Házban - a játék valósága	94
II. RÉSZ.....	101
1. FEJEZET.....	101
A közösségi hatékonyság elemei	101
Az akciókutatások szükségessége	101
A metaforák használatának kitüntetett szerepe	102
A terápiás közösség világának mentális képe	106
Módszer	107
Eredmények	108
Értékelés	126
2.FEJEZET.....	128
A terápiás diskurzus főbb közösségi pozíciói a 'nagy csoport' tükrében.....	128
A szervezet és a 'nagy csoport'	128
Emberek nagy csoportja és a 'nagy csoport'	129
A közösség és a nagy csoport viszonya – a kutatás	131
Módszer	132
Eredmények	135
Értékelés	146
Összegzés	151
3. FEJEZET.....	153
A terápiás közösség hatékonyságának vizsgálata: a szubjektív életminőség változása retrospektív vizsgálat alapján	153
Életminőség, funkcionalitás, felépülés - definíciók.....	154
A mérés lehetőségei	154
Hatás- és hatékonyságvizsgálatok a pszichiátriában és pszichoterápiában	156
Módszer	157

Az adatfelvétel eszközei.....	157
Az adatok feldolgozása	160
Eredmények - A minta jellemzői.....	161
Leíró statisztikai eredmények	163
Az összefüggések vizsgálata	165
Értékelés	170
ZÁRÓFEJEZET.....	172
A terápiás közösség és az intézmény megtett útja.....	172
A terápiás közösség, mint kollektív ágens	176
A nemzetközi szintér	180
Függelék	184
Hivatkozások jegyzéke	190
Glosszárium.....	211
dr. Zalka Zsolt publikációi.....	215

Ábrák, illusztrációk, táblázatok jegyzéke:

Ábrák

<i>1. ábra: A verbális megnyilatkozásra utaló kifejezések a páciensek első – a páciens szerint a nagycsoport (P szerint NCS) – és második. – a páciens szerint a személyzeti csoport (P szerint S NCS) – kérdésre adott válaszaiban</i>	<i>140</i>
<i>2. ábra: A személyzet beállítódására vonatkozó tulajdonítások a páciensek második kérdésre adott válaszaiban (P szerint S NCS)</i>	<i>140</i>
<i>3. ábra: a struktúra</i>	<i>148</i>
<i>4. ábra: A vizsgálatban használt változók áttekintése</i>	<i>159</i>
<i>5. ábra. A vizsgált páciensek diagnosztikus kategóriák szerinti megoszlása</i>	<i>163</i>
<i>6. ábra. A páciensek megoszlása a Thalassa Házban eltöltött idő szerint.....</i>	<i>164</i>
<i>7. ábra. Az egyes grammatikai tartalmak előfordulási aránya a Thalassa Házban eltöltött idő függvényében</i>	<i>169</i>

Illusztrációk

<i>1. illusztráció: Kerti munka a közösségben.....</i>	<i>99</i>
<i>2. illusztráció: Outdoor gyakorlaton igyekszik a teljes közösség megtalálni egyensúlyát</i>	<i>100</i>
<i>3. illusztráció: „Védelem”.....</i>	<i>115</i>
<i>4. illusztráció: „Híd”.....</i>	<i>118</i>
<i>5. illusztráció: „Hármas”.....</i>	<i>122</i>
<i>6. illusztráció: „Cet”.....</i>	<i>125</i>

Táblázatok

1. táblázat: <i>kék – piros játék</i>	97
2. táblázat: <i>A tartalmi fókuszhoz kontinuum [újak→régiek] a páciensek 1. kérdésre adott válaszaiban</i>	136
3. táblázat: <i>A konceptuális fókuszhoz kontinuum [újak→régiek], a metaforikák a páciensek 1. kérdésre adott válaszaiban</i>	137
4. táblázat: <i>A tartalmi fókuszhoz kontinuum [újak→régiek] a páciensek 2. kérdésre adott válaszaiban</i>	138
5. táblázat: <i>A konceptuális fókuszhoz kontinuum [újak→régiek], a metaforikák a páciensek 2. kérdésre adott válaszaiban</i>	139
6. táblázat: <i>A tartalmi fókuszhoz kontinuum [újak→régiek] a páciensek 4. kérdésre adott válaszaiban a hatékonyság tekintetében</i>	141
7. táblázat: <i>Tartalmi fókuszhok a személyzet 1. kérdésre adott válaszaiban</i> ..	142
8. táblázat: <i>A konceptuális fókuszh gyakoriságai, a metaforikák a személyzet 1. kérdésre adott válaszaiban</i>	143
9. táblázat: <i>A tartalmi fókuszh kontinuum [új páciensek→régiek] a személyzet 2. kérdésre adott válaszaiban</i>	144
10. táblázat: <i>A konceptuális fókuszh kontinuum [új páciensek→régiek] a személyzet 2. kérdésre adott válaszaiban</i>	145
11. táblázat: <i>A tartalmi fókuszh kontinuum a személyzet 4. kérdésre adott válaszaiban a hatékonyság tekintetében</i>	146

BEVEZETŐ

A pszichoterápia intézménye

A pszichoterápia – legáltalánosabb megfogalmazása szerint – kapcsolati úton való gyógyítást jelent, az emberi kapcsolat különféle modalitásait egy speciális kommunikatív folyamatban, meghatározott feltétekkel és céllal használva. A gyógyítás klinikai diskurzusában egyik alapvető definíciója szerint: "pszichoterápia a klinikai módszerek és a megalapozott pszichológiai alapelvekből eredő interperszonális helyzetek felkészült és szándékos alkalmazása annak céljából, hogy segítsünk az embereknek a viselkedésük, megismerésük, érzelmeik és/vagy más személyes jellemvonásuk módosításában abba az irányba, amelyet a résztvevők kívánatosnak tartanak". [Norcross 1990, pp. 218 – 220]

A pszichoterápia praxis, gyakorlásában körvonalazódó disciplina, meghatározása számos konceptuális nehézségbe ütközik, melyek gyökere:

- a természet- és társadalomtudományi megközelítés együttléte;
- az alkalmazási terület nehéz körülhatárolhatósága;
- az alkalmazott módszerek nehéz körülhatárolhatósága;
- a tárgy komplexitási szintje.

A nagy múltú hazai pszichoterápiás kultúra definíciós leírásában „a gyógyítás, az orvostudományok hagyományosan a természettudományos gondolkodására támaszkodnak. A pszichoterápiás gyakorlat érdemben az elmúlt száz évben, a nyugat-európai kultúrkörben alakult ki, a gyógyító szakmák mentén, az egészségügyi ellátás többé-kevésbé szerves részeként. Ebben a kultúrában a lelki alakulás, működés zavarainak jelentős része társadalmilag betegségnek minősül.

Kezelése gyógyítás, az alkalmazott eljárások gyógyeljárások, alapvető keretét társadalmilag az egészségügyi ellátás adja. Az orvosi – természettudományos modell (a kór okozójának azonosítása, stb.) számos vonatkozásban segít, alkalmazása és alkalmazhatósága azonban számos lényegi korlátba ütközik. A pszichoterápiás megközelítés nem áll meg az „elismert orvosi rendellenességek” – nél. A pszichés alakítás, a viselkedés változtatása társadalmilag legalább ilyen erősen a neveléshez, a társas befolyásoláshoz tartozik, ami a pszichoedukatív modell szerepét vonzza. Amint realizáljuk, hogy a pszichoterápia lényege a kapcsolat, a terápia szereplőinek kölcsönhatása – a természettudományos paradigmáról a társadalomtudományi paradigmára kell váltanunk, pontosabban a kettő között ide-oda kell mozognunk.” [Szőnyi, Füredi 2000, p. 4.]

A XIX. század végén Mesmer, Charcot, és Liébault hipnotikus eljárásokra alapuló gyógyítási kísérletei után a pszichoanalízis megalkotásával Freud munkássága hasította ketté a klasszikus orvoslás biológiai alapokon nyugvó, pozitivistá paradigmáját. Freud beszélgetni kezdett azokban az esetekben betegeivel, ahol semmi megragadható testi (szomatikus) elváltozás nem állt a tünetek mögött. (Ezek a tünetek jellemzően a nyelvhasználat zavara, viselkedési zavar, szomatoform jelenségek, kapcsolati nehézségek voltak.) A paciensek tünetei jelentősen csökkentek, sőt megszűntek a rendszeres beszélgetések, „asszociációs ülések” után. A speciális beszédhelyzetből kinövő és az azt elmélyítő, kidolgozó, annak feltételeit meghatározó disciplina a pszichoanalízis lett. A XIX. század elején ennek az új tudománynak a hagyományos, természettudományos alapokon nyugvó, medicinális kontextusban kellett megkezdnie tájékozódását, kapcsolódási pontjait megtalálni, illeszkedni a gyógyítás világába, egyszóval legitimizálódni.

A pszichoterápia, immáron a kommunikáció szempontját is magában foglaló definíciója szerint: „pszichoterápia minden olyan segítő, gyógyító beavatkozás, amely emberi kölcsönhatás – szociológiai nyelven: interakció – és jelzésváltási folyamat – kommunikáció – révén próbál változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban. A pszichoterápiát végző és az azt befogadó ember között minőségi szempontból nem történik más, mint ami az emberi érintkezésekben, kölcsönhatásokban általában.

Ez azt jelenti, hogy lényegében az emberek között folyó kommunikáció és interakció sajátos formája a pszichoterápia.” [Buda 1981, pp. 5 – 17] A hetvenes évek szakmai - politikai közege nem kedvezett hazánkban kifejezetten a pszichoterápiás törekvéseknek, ennek a definíciónak – túl a kommunikáció „jelzésváltási” paradigmáján az a történeti jelentősége, hogy leírásában kiemeli: a pszichoterápiás folyamatban nincs semmi olyan specifikus mozzanat, ami ne lenne meg az emberi interakciók hétköznapi világában is.

Az idők során, a pszichoanalízis alapjaiból kiinduló különféle pszichoterápiás megközelítések alapvető közös, klinikai tapasztalata az lett, hogy a feltárható pszichikus valóság és a közvetlen vagy tágabb szociális környezet mély, kölcsönös meghatározottságban van, ezeket a komplexitásokat a nyelv közvetíti és annak konstitutív szerepe van. Ezek a komplexitások a nyelv által jó közelítéssel megismerhetők és leírhatóak, mit több, befolyásolhatóak, „kezelhetőek”. Mi több, a pszichoterápia ezen folyamataiban a kutatás praxisa egybeesik a kezelés folyamatával. A pszichiátria praxisának fejlődése során – a pszichoterápia paradigmájának kibomlásával párhuzamosan – egyre inkább világossá vált, hogy – az akár pszichopatológiai szintű – problémaleírások, maguk a tünetek leírásai, ily módon a nozológia, a betegségek leírása és azonosíthatósága egyre problematikusabb azok *relációfüggősége* miatt. (A továbbiakban – tekintetbevéve a pszichoterápiás irányzatok későbbi divergálását – a pszichodinamikus megközelítés példáján tárgyaljuk a pszichoterápiás paradigma vonásait, ott, ahol ez szükséges, kitekintünk egyéb irányzatokra, pl. kognitív, is.) 1963 – ban, Alan Parkin a Kanadai Pszichiátriai Szövetség éves találkozóján egy USA-ban végzett kutatásáról számolt be: „Az eredményeink szerint . . . bizonyos szociális osztályhoz tartozó paciensek bizonyos szociális és személyes ideológiát képviselő pszichiáterekkel köteleződnek el. A paciens és doktora között ily módon létrejövő „*társadalmi szerződés*” nem csak a kezelési folyamat kimenetelét határozhatja meg, hanem magának a betegségnek a természetét is definiálhatja. Közvetlen összefüggést találtunk a társadalmi osztály és a depresszív, valamint kényszeres reakciók, karakterneurózisok prevalenciája között. Eme utóbbiak mértéke hatszor magasabb a felsőbb szociális osztályokban, mint az alacsonyabbakban. A neurózisok közül egyedül a hisztéria jelentett kivételt, prevalenciájának mértéke

az alacsonyabb osztályokban volt magasabb. Mindezeket összegezve: a fölsőbb szociális osztályok kultúrája hajlamosabbá tesz *pszichológiai* konfliktusok *tüneti* kifejeződéseinek kifejlődésére, míg az alacsonyabb társadalmi osztályhoz tartozás hajlamossá tesz *szociális* konfliktusok *viselkedéses* kifejeződésére.” [Foulkes, Prince 1969, pp. xiii – xiv.] Mint látjuk, az, hogy milyen betegséget, vagy akár tünetet *ír le* a pszichiáter, az függ a beteggel való kapcsolatától, szemléletétől, szociális helyzetüktől, stb. Ily módon aztán az is eme interszubjektív jelenségvilág része, hogy mit lehet kezdeni ezekkel a problémákkal, nincs kapcsolaton kívüli foratókönyv, recept erre. Prince és Foulkes Parsons gondolatmentével folytatják a klasszikus medicina és a pszichoterápia paradigmaváltásának határvidékéről való gondolkodásukat (Talcott Parsons az múlt század ötvenes éveinek végén Palo Altóban töltött néhány évet, szorosan együttműködve az ottani szociálpszichiáterekkel): „Ily módon minden orvos – beteg kapcsolat egyfajta *társadalmi szerződés*, melynek implicit feltételeit a felek kölcsönösen elfogadják és tartják magukat hozzá. A *hagyományos* orvosi ideológia elvárásainak és kötelezettségeinek terminusai annyira megterhelik ezt a szociális megállapodást, főként amikor ez pszichiátriai célokból jön létre, hogy ennek elkerülhetetlenül meg kell buknia azáltal, hogy vagy könnyebbé teszi a betegséget vagy lehetetlenné teszi a jóllétet. Az egyetlen lehetséges mód a továbbhaladásra az magának ennek a (hagyományos orvos – beteg) megállapodásnak és feltételeinek vizsgálatra való megnyitása, ezek megtárgyalása. Ez a folyamat ugyanakkor nehézséget okoz magának a betegségnek a terminusaival kapcsolatban.” [Foulkes, Prince 1969, p. xv.]

Ennek a szerződésnek a „kinyitását és vizsgálatát” Habermas végezte el az orvos – beteg szerepelvárásokban objektiválódott (pszichológiaiilag a problémát fenntartó) szükségszerűen represszív társadalmi elvárások analízisével és a terapeuta – *paciens kapcsolati történetének* középpontba helyezésével.

A *paciens* és orvos találkozásában a szereplők a saját társadalmi osztályuk ha nem is delegáltjaként, de protagonistájaként szociolektusaikban konkerizált módon megjelenítik *többé – kevésbé reflektált* hozzáférésüket a társadalmi diskurzus különféle szintereihez és szintjeihez (szociokulturális helyzetük, neveltetésük, képzettségük, szerepeik és kompetenciáik révén). Az itt kinyíló dialógusban a korábbiak alapján nem csak a *paciens* intrapszichés valósága,

annak törésvonalai jelenhetnek meg a terápiás kommunikáció problémájaként, hanem a felek szociokulturális valóságának (osztályának) különbségei is. A gondolat, miszerint a paciens fennálló problémái, tünetei háttérében álló meghatározó motívumok megértésében nem csak az intrapszichés valóság, hanem az adott, konkrét szociokulturális helyzet feltárása is releváns lehet, mely a maga „személyfölötti” represszív viszonyaival hozzájárul az adott élethelyzettel való megküzdés kudarcához már a frankfurti iskola gondolatiségébe vezethet (mely iskolához Foulkes is markánsan kötődött), a kritikai diskurzuselméletek világába. [Winship 2003] Az orvos – beteg kapcsolatban létrejövő pszichoterápiás diskurzus, mely a státusz és szerepviszonyok jelentette represszivitást is reflektív hatókörébe vonja, ily módon már egy radikálisan kritikai diskurzust jelenít meg. Előreszaladva, ez a nyíltságot, tudatosságot és kölcsönösséget feltételező utópisztikus társas horizont a terápiás közösségek egyik etikai alapja is. [Winship 2013]

A pszichoterápia praxisa számára a „tünet” a paciens pszichikus valósága belső kommunikációs gátjának, valamiféle hasadásának, rész – eltöröttségének, a részek szimbolikus általi hozzáférhetetlenségnek megtestesülése. A „vezérdifferencia” [Luhmann 2009] itt nem a klasszikus medicina tárgyát leíró ép / nem ép, normális – élettani / nem normális – kóros különbségek, hanem a paciens világának tudatos / nem tudatos, érzékelt, észlelt / nem érzékelt, nem észlelt differenciái. A pszichoterápiában a paciens a saját integritását állítja helyre a terapeutával való kapcsolaton keresztül. Szembesül avval, hogy betegsége „értelme” nem egy „természettudományos” kauzalitásban tárható föl, hanem saját élettörténete, saját sorsának a kauzalitásában. A terápia során „a tudati zárlatok kritikus legyőzése és a hamis objektivációkon való áthatolás kiváltja az élettörténet veszendőbe ment darabjainak újraelsajátítását, és ezzel visszaveszi a leválasztás folyamatát. Az analitikus megismerés ezért mindig önreflexió.” [Habermas 2005, p. 206.]

A pszichoterápiás praxis a paciens pszichikus valóságának belső kommunikációs gátjain keresztül a mindenkori intézmények (pl. család) hatalmi viszonyokba objektiválódott represszivitására is szükségszerűen rákérdez. A mindenkori intézmények a szükséges strukturális stabilitás miatt viszont erősen érdekeltek eme represszív viszonyok minél kevesebb erőforrást lekötő fenntartásában. Mindennapi társadalmi tapasztalatunk, hogy különféle vegetatív labilitással, akár szomatikus tünetekkel járó „kóros” állapotainknak inkább tulajdonítanánk a testi

betegség hátterét, tulajdonítaná a szülő gyermeke állapotának hátterét ennek, mint a megbetegítő kapcsolati – családi viszonyoknak. Az egészségügy kortárs intézménye alapvetően partner ebben, az érme másik oldala a tüneteivel számtalan orvost megjáró paciens, mígnem végül kimondja valaki: „nem segíthet rajta, csak a pszichológus”. Ezen a ponton az orvos felkészültsége már nem csak a betegségről, kóroktanról, kórlefolyásról való ismeretek mértékében és komplexitásában áll, hanem a pacienssel való speciális terápiás kapcsolat kialakításában, az önreflexióvá transzformálható megismerés létrehozásában is. „Az önreflexió mint tudomány: Freud pszichoanalitikus értelem – kritikája” c. munkájában így ír Habermas: „Az analitikus munkafolyamat kezdetén a konstruáló orvos tudása határozottan különbözik az ellenálló paciens tudásától. Az analitikus álláspontjából tekintve a hipotetikusán mérlegre tett konstrukció, amely valamely megcsonkított és eltorzított szöveg elemeit érthető mintává egészíti ki, csak „számunkra” van, egészen addig, amíg a konstrukció át nem megy felvilágosításba, vagyis át nem alakul a „másik számára való”, vagyis a paciens tudata számára való tudássá. A *mi* tudásunk ebben a tekintetben az *ő* tudásává is válik.” [Habermas 2005, pp. 203 – 206.] A paciens szerepe is gyökeresen más ebben a helyzetben, mintha szomatikus baját bízta volna az orvosra: „a paciens, aki aláveti magát az analitikus kezelésnek, nem viszonyulhat úgy a betegségéhez, mint egy szomatikus szenvedéshez. Sokkal inkább arra kell rábírnunk, hogy betegségének történetét a saját személyes énjének részeként értelmezze. Ahelyett, hogy a tüneteket és ezek okait külsődlegesnek tekintené, a paciensnek késznek kell lennie arra, hogy betegségéért egy bizonyos felelősséget vállaljon.” [Habermas 2005, p. 206.]

A pszichoterápiás praxis megjelenésével, annak térnyerésével párhuzamosan jelenik meg a kérdés is, hol, milyen esetben van értelme ennek, mikor, ki és hogyan döntheti el, hogy itt pszichológiai megközelítés szükséges. A praxis radikális válasza az, hogy ott van értelme, ahol értelmet talál / konstruál. [Stierlin 2010] Természetesen nem kell mindig mindent előről kezdeni, a praxis története során markáns mintázatokat és sémákat azonosítottak a terapeuták, értve ezalatt a narratív, viselkedéses, kapcsolati, nyelvhasználati, tüneti, stb. sémákat. Ezek a tapasztalati úton konstruált sémák összekapcsolva a gyermek különféle

gondozói és kísérletes megfigyelésének értékelésével definitív fejlődésméletek megalkotásához vezettek. A fejlődésméletek megjelenése ezután masszívan támasztotta alá már a hatvanas években, hogy a pszichés zavarok zöménél adaptációs zavarokról van szó. [Foulkes 1969, pp. 17 – 29.] Ez azt jelenti, hogy az a személyközi tér, amiben felnövünk, a maga érzelm és viselkedés-szabályozási mintázataival válik a saját pszichofiziológiai szabályozásunk alapjává. Az, hogy mi és hogyan kerül(het) a neurofiziológiai szintről (generalizált interakciómintázatok) a személy szimbolikus, szignifikációs kapacitásának körébe, az masszívan az adott gondozói kapcsolat modalitásainak függvénye [Fonagy, Target 1998] Mint ahogy a család értékvilága által meghatározottak a család élményfeldolgozó kognitív stratégiái, a mentalizációs működések köre és a szimbolikus tér adekvátsága (pl. a szemantikus hamisítások) is. [Bolton, Hill 1998]

Tömören szólva, a szociálist interiorizáljuk felnövésünk során, a későbbi belső kommunikációs gátak alapja az interiorizált destruktív társas minták, az ezekkel való többé – kevésbé sikeres megküzdésünk adja ki saját maladaptív személyközi stratégiainkat. A pszichoterápia praxisa így találkozik az egyénben a szociálissal. Foulkes midezek alapján a múlt század hatvanas éveiben már a társadalomtudományok közé javasolja sorolni a pszichoterápiát.

Mára a pszichoterápia diszciplínája is igen tagolt, jellegzetesen két alapvető irányzat körül orientálódnak az egyes iskolák és módszerek: az egyik a dinamikus, a másik pedig a kognitív irányzat. Jellemző módon a kortárs, a neurofiziológiai (természettudományos) szintet a narratív – hermeneutikai szint (bölcsezet- és társadalomtudomány) jelenségeivel összekötni tudó, kötődésméleteken alapuló, mentalizációs stratégiákkal dolgozó iskolák már meglehetősen integráltan kezelik ezt a két pólust. [Rosengren 2008; Allen, Fonagy, Bateman 2011]

A két irányzat, eredetéből fakadóan, két, társadalomelméletileg is értelmezhető pólust reprezentál, ami a „konfliktus - , ill. konszenzusalapú” értelmezéseket illeti. [Rosengren 2008] Az adaptivitást és kooperációt inkább előtérbe állító kognitív irányzat „klinikai” alapkérdése, a „mit tegyek – hogyan csináljuk”,

ismeretelmélete közelebb áll a természettudomány objektíválóbba, „magyarázat” paradigmájához, konszenzusorientáltabb. [Fiske, Taylor 2013] A dinamikus irányzat alapkérdése a „hogyan váltam ilyenné – kik vagyunk (egymás számára)”, ismeretelméletének alapja a (narratív – hermeneutikai) megértés, történetiséget radikálisan firtató beállítódása alapján erősen kritikai. A pszichoterápia praxisa a gyakorlat szintjén kapcsolja össze a fentebb említett természettudományos és bölcsészeti - társadalomtudományos szinteket, szocializációs ágensként családtól az oktatásügyig különféle kommunikációs színtereket, és társadalmi alkalmazásától függően az egészségügy, oktatás és szociális szolgáltatások intézményeit.

Ahogy kritikus képviselői megfogalmazták, „az érdemi pszichoterápia mindig társadalomkritika” [Watts 1961], úgy megjelent maguknak a fejlődéstudományoknak a kritikai interpretációja is, éppen avval a fókusszal, hogy a fejlődés hangsúlyát túlzottan „egyéni – intrapszichés” módon prezentálják, háttérbe szorítva éppen a társas, a szociális jelentőségét. [Cushman 1995] Változik a pszichoterápia hatókörébe tartozó pszichés, mentális zavarok kulturális pozicionáltsága, jelentése is. Összességében azt látjuk az európai és észak – amerikai kulturális szcénában, hogy az elmúlt száz év során a pszichoterápia hatókörébe vonható személyes problémák inkább származtak a személyközi szcénák túlszabályozottságot eredményező beállítódásából, míg ma a pszichés hiányállapotok, az érzelmi szükségletek korai kielégítetlenségéből fakadó zavarok az elsődlegesek. [Lasch 1984; Gneist 1999]

Az intézményes, „bentlakásos” klinikai praxisba USA és Anglia intézményeiben a csoportos terápia, a csoportanalízis révén került be a pszichoterápia. Jellemző módon, az angolszász pszichoanalitikus szcénák szociális érzékenységtől indítva létrejött csoportanalízis, [Pertegato, Pertegato 2013] ötvöződött a különféle szociálpszichiátriai próbálkozásokkal – később ez az ötvöződés lett a terápiás közösségek szemléleti bölcsője. [Pines, 1999]

Míg az angolszász világ praxisa inkább a „szociális” (csoport, közösség) előtérbe helyezésével alakította ki a maga színtereit, addig főleg Németországban a pszichoszomatikus orvoslás intézményes keretein belül megjelent, különféle,

eleinte főként verbális pszichoterápiás módszerek szinergiájára törekvő pszichoterápiás rezsimek jöttek létre a hatvanas – hetvenes években, melyek mára a „pszichoterápiás rehabilitáció” paradigmájában működve nyújtanak intenzív pszichoterápiás rehabilitációs programokat. [Schauenburg, Hildebrand, Koch, Mattke, Neun, Rüddel, 2007] A rendszer itt is egységes értelmezési keretet nyújt a paciensek különféle pszichoterápiás színtereken történő megnyilatkozásaihoz, de nem hordoz speciális modalitást önmagában, fő funkciója az integrálás. Hazánkban a Tündérhegyi pszichoterápiás rezsimek épült fel eme német minta alapján. A közösségi alapú pszichoterápiás rendszereknek ez az alapvetően kétféle értelmezése hazánkban is lementázódik, az említett német mintát ma a Tündérhegyi Osztály jelenti, az angolszász mintát pedig a Thalassa Ház intézménye.

A magyarországi gyógyítás kultúrája igen érzékenyen és korán reagált a pszichoanalízis megjelenésére, ennek képviselői közül néhányan a pszichoterápia meghatározó alakjaivá váltak (Bálint Mihály, Ferenczi Sándor, Hermann Imre, a Budapesti Iskola) a második világháború előtt és részben utána, külföldön. A pszichoterápia praxisának hazai története tükrözi a „megértő bölcsészet- és társadalomtudományok” hazai intézményes legitimációs viszonyait, az egészségügy révén medikalizált (pszichés eredetű) problémák (lásd később) iránti társadalmi érzékenységet, kultúránk mindenkor beállítódását a személyközi szabályozás preferált stratégiái felé. [Szönyi, Füredi 2000]

A második világháborút követően hazánkban, a gyakorlatilag illegalitásban folytatott képzési és klinikai praxison túl, a pszichodinamikus gondolkodás intézményes praxisa a hatvanas – hetvenes években jelent meg, jellemzően az intézményekben megkezdett csoportozás színterei révén. A hazai intézményes keretek között kialakuló pszichoterápiás praxis történetéről Harmatta nyújt izgalmas áttekintést a pszichoterápiás Hétvégék történetét és hatását feldolgozó munkájában. [Harmatta, 2006] (OPNI, Sportkórház, Béla Király út, stb. színterek és Hidas, Buda, Szönyi, Harmatta, Füredi szerepe a hazai színtér kialakításában, emellett párhuzamosan a különféle műhelyek kialakulása, pl. pszichodráma magyar iskola, Mérei.) Párhuzamosan a szociálpszichiátriai gondolkodás meg tudott jelenni olyan intézmények gyakorlatában, mint pl. az Intapuszta

rehabilitációs osztály, Hidegkút (Benedek, Goldschmidt), Szigetvári Kórház (Kézdi) OPNI (Füredi), ahol a „közösségiség” mozzanata fontos hatótényező volt, ennek megjelenése szintere pedig jellemzően a különféle nagycsoport – rendszerek. Ehhez a hagyományhoz kapcsolódva épültek föl Magyarországon az első terápiás közösségek, jóllehet modalitásaiban rendkívül eltérőek voltak (OPNI, Füredi, Hidegkút, Goldschmidt – lásd később).

A bentlakásos pszichoterápiás ellátás harmadik ágát képviselik hazánkban a kognitív, behavior és tárgykapcsolati – kötődéelméleti alapokra egyaránt építő programok, pl. sématerápia a SE Pszichoterápiás Klinikán. [Unoka, 2011]

A bentlakásos pszichoterápiás intézményekben folyó integrált, alapvetően csoport – pszichoterápiás és csoportos közösségi aktivitásokra épülő munka jellemzően formálja aztán a csoportpszichoterápia szcénáját is, ahogyan a különféle egészségügyi rendszerek által nyújtott szolgáltatás – finanszírozás megköveteli a „gyorsabb és hatékonyabb” kezelési formákat, mozdítva az ellátórendszereket a nappali kórház, ambuláns ellátási formák irányában. Előtérbe kerülnek a „kint vagy bent” intézményes terápiás folyamatok dilemmái, jellegzetességei, optimális ötvözettségük kérdései. (Simon, Sliwka 2012; Deering, 2014; Deatrich et al., 2016) Az International Journal of Group Psychotherapy 2015 – ben megjelent egyik száma átfogó képet kívánt nyújtani a világ csoportpszichoterápiás szcénájáról, szinte mindegyik szintéren jellemző a csoportterápiák előtérbe kerülése (a költséghatékonyság okán) ill. gyakori kérdés az inpatient – outpatient kezelési formák illesztése, kompetíciója. [Special Issue, IJGP, 2015]

A pszichoterápia praxisa számos módszert ismer, irányzatokon belül is. A módszerek, túl a klinikai alkalmazhatóságukon, önmagukban hordozzák egyben annak sajátos etikumát is, hogy miképpen tekintenek az emberre a pszichikus és a társas kölcsönös meghatározottságának vonatkozásában, annak mértékében, valamint a történetiség és biológiai predispozicionáltság kérdésében.

Dolgozatunkban a társas – történeti meghatározottságot hangsúlyosan alapul vevő, eredetileg szociálpszichiátriai és csoportanalitikus gyökerekkel rendelkező,

mára önálló terápiás entitásként működő intézménnyel, a terápiás közösség világával foglalkozunk.

A terápiás közösség színtere

Ahogy egyre világosabbá vált a lélektani gondolkodásban, hogy pszichikus valóságunk, magunkról alkotott képünk meghatározó alapja az a személyközi világ és annak felénk fordulása, amiben felnövünk, úgy, ám evvel párhuzamosan „humanizálódott” az az intézményrendszer, ami a pszichés zavarokkal küszködő embereknek eleinte pusztán elkülönítést, majd valamiféle „ellátást” kínált. A pszichés zavarokhoz való társadalmi viszonyulás történetét taglaló diskurzusok egyik közös mozzanata, hogy ebben a viszonyulásban az adott társadalomnak olyan alapvető modalitásai fejeződnek ki (szolidaritás, az emberi elismerése, az emberi idegen és ismeretlen állapotok iránti beállítódás, stb.) ami általánosan „az emberihez” való viszonyulást tükrözi. [Foucault 2004], Az elmúlt két évszázad történetében a totális intézménytől a bürokratikus struktúrán át a terápiás közösségig vezet az az intézményes út, amin járva feltárulhat a pszichés zavar társas „értelme”, és ez az értelem immáron közös tudásként alakíthatja a gyógyítás folyamatát [Füredi 1979; Rapoport 1960]. A szociálpszichiátriai gondolkodás térnyerésével világosabb lett, hogy társas környezetünk (család, közvetlen életvilágunk közössége, intézményes környezetünk) alapvetően meghatározza pszichikus valóságunk adekvátságát és így a társas környezet meghatározó mozzanatot jelent a pszichikus zavarok kezelésében is. A második világháború után, egyre több pszichiátriai egészségügyi intézmény ismerte föl, hogy a szomatikus betegségek gyógyítási folyamatában adekvátabb aszimmetrikus orvos – beteg kapcsolat, a maga dependenciát támogató stílusával a pszichés zavarok terápiájában éppen kontraproduktív lehet (lásd fentebb, [Foulkes, Prince 1969]). Az egészségügy, a maga erősen hierarchizált, bürokratikus intézményes rendjével ott képvisel a kapcsolati működésekben masszív represszivitást, ahol – a pszichiátria speciális területének megfelelően – éppen támogatást, fejlődést kíván elérni (függőség – önállóság dimenzió, a személyes ágencia kibontása). Az intézményi kommunikáció szempontjából a pszichiátriai osztály „komplex rendszer, amely szorosan, hierarchikus módon kapcsolódik a kórházi rendszerhez, a nagyobb egészségügyi intézményhez, s távolabbra pozicionálódik a beteg lokalitásától, távolabb van a hétköznapi élettől.

Ez a távolság azt is jelenti, hogy kevésbé elérhetőkké válnak a beteg hétköznapi erőforrásai, a saját, eredendő felkészültségei, helyüket gyakran intézményes és orvosi kapacitások veszik át, mint például a gyógyszerek. Az erősebb hierarchizáltság miatt az ágensek mozgástere egyedileg és kapcsolódásukban is behatároltabb. Az osztályos kommunikációban való hatékony részvétel feltétele azután az a felkészültség, amely a rigidebb rendszerhez való alkalmazkodásra vonatkozik, mind a beteg, mind a kezelő részéről. Az osztályos kezeléskor a beteg kikerül, kiszakad a hétköznapi élettérből, és életvilága széttöredezik - részben a betegségből, részben a kezelési feltételekből adódóan. Az egyedi betegség rekonstrukciójának részévé - a leírás egyik kategóriájává - válik a súlyosság, a kórházi helyzetben való létezés torzító hatása, a kezelhetőség. A pszichiátriai betegség rekonstrukciójában nagyobb teret kap az orvosi modell. A pszichiátriai osztály reflektív kapacitása korlátozott, ami a hierarchizáltság mellett abból is fakad, hogy az intézmények többségében az önkéntes és a kényszergyógykezelte betegek kezelése egy helyen, de nem közös szintéren zajlik.” [Terenyi 2014, p. 50.] A pszichiátriai intézmények strukturális viszonyaiban idővel lassú átrendeződés indult meg, „kitolva” ezt a represszív határfelületet immáron a pszichiátriai részleg, vagy osztály és az anyaintézmény managementje közé. Az átrendeződés a szervezeti felépítés, döntéshozatal, és a szerepviszonyok radikális átértelmezése felé indult, első lépésként „terápiás milió”-nek megfogalmazva az optimális személyközi teret. A kiinduló gondolat, mint minden esetben a szociálpszichiátriai szcénákban, hogy a közösségi lét, a közösségi együttműködés „színvonalának” (komplexitásának) javulása együtt jár a „belső”, pszichikus valóság integritásának növekedésével – és viszont.

A terápiás milió „gyakorlatilag a szervezés és az elvárások új rendszerét jelenti a pszichiátriai osztályokon. Szervezeti felépítését a participatív vezetés, a humanizmus és a mozgékonyság, valamint a szabad interakciók jellemzik, elvárásai pedig a betegek felé irányulnak, s ezekben a betegségbelátás növelése, a realitásérzés helyreállítása, új szerepek vállalása a fő cél. (. .). Talán paradoxonnak tűnhet, de tény, hogy egy résztvevő, demokratikus struktúra kialakulása elsősorban a jó vezetéstől függ. A vezetőnek – amikor a miliómegváltozás oldalán áll – le kell mondania bizonyos autoritatív jogairól és

helyükbe a résztvevő vezetését kell állítania. A résztvevő vezetéssel a személyzet többi tagjának is egyre több beleszólása lesz a döntésekbe, a személyzet többi tagja is átvesz bizonyos felelősségeket, de az osztály munkájáért az egyéni felelősség továbbra is a pszichiáterre hárul.” [Füredi 1979, pp. 30 – 31.]

A „milióterápia” korszaka után jelent meg a „terápiás közösség” koncepciója és gyakorlata. A terápiás közösség a „szociálpszichiátriai hatások összegzett felhasználása, a környezethatás módszeres alkalmazása a gyógyításban, az ember társadalmi lényegének érvényesítése az orvosi gyakorlatban. Folytatja és továbbfejleszti a milióterápia tapasztalatait – a milióterápiából ismert protektív, permisszív légkört teremti meg és azt két lényeges tényezővel bővíti:

1. A közösségben tevékenykedő orvosokon, nővéreken kívül megkívánja a betegek *aktív részvételét* is.
2. A gyógyítás folyamatának részeit egyetlen szoros, összefüggő *rendszerbe* foglalja össze.” [Füredi 1979, pp. 35-36.]

Mint látjuk, a terápiás közösség klasszikus válfajaiban is már nem csak a szervezeti szerepviszonyok rögzített struktúrája adja a működés rendjét, hanem annak hogyanja is hatótényezőként koncipiálódik. A pszichoterápiás paradigmában a specifikus módszertől független, nem operáns mozzanatokat „nem specifikus” hatótényezőknek szoktuk nevezni (pl. empátia, elfogadás, kongruencia). A klasszikus terápiás közösség „horizontja” az a határfelület, ahol a (szűkebb értelemben vett) intézmény terápiás közösséget hordozó és lehatároló bürokratikus funkciói kompromisszumot tudnak kötni egy jóval radikálisabb értelemben vett demokratikus működést, nyílt kommunikációt és kölcsönös respektben alapuló kapcsolati szabályozást képviselő vezető felé és viszont. A klasszikus terápiás közösség létrejöttének története a klasszikus pszichiátriai osztály humanizálásának, demokratizálásának, döntésbevonásának története. Az, hogy ezek a szervezeti minőségek egyben pozitív terápiás hatással járnak, az eleinte a tapasztalatokban és a hatáselemzések eredményeiben mutatkozott meg [Isohanni 1983], de nem lélektani konceptualizálás következménye volt még.

„A terápiás közösség módszerét joggal tarthatjuk fontos hozzájárulásnak a korszerű intézményes pszichiátriai ellátáshoz, de annak előzményeit a pedagógia,

a terápiás nevelés, a szociális medicina és az Európában az emberi kapcsolatokban lezajló változások jelentik a két világháború között.” – írta Malcolm Pines történeti tanulmányában. [Pines, 1999] Azokat a kapcsolati, társas – közösségi hangoltságokat és attitűdöket (lásd később) amiket egy korrektív közösség lényegileg magában hordoz, az angolszász világban a csoportanalitikus szcena képviselte erősen, már az 1920-as évektől fogva az USA – ban és Angliában egyaránt. (Trigant Burrow munkássága, Suttie Tavistockban, Bowlby, Main) A terápiás közösség, mint módszer létrejöttét Tom Main 1942-es, northfieldi, katonai kórházbéli tapasztalatait megosztó publikációjától számíthatjuk. [Pines, 1999]

A mai értelemben vett terápiás közösség megvalósítása *Maxwell Jones* (1953) nevéhez kapcsolódik, „akit a második világháború alatt megbíztak egy százágys pszichoszomatikus osztály vezetésével. Az itt fekvő katonák mind szív körüli fájdalomról, fáradtságról stb. panaszkodtak, de ezeknek a tüneteknek organikus okait nem sikerült megtalálni. *Jones* először csak didaktikus célból szeretne volna felfedni a betegek előtt a panaszaik pszichológiai tényezőit, s ezért mindannyiukat együttes beszélgetésre hívta össze, a személyzet valamennyi tagjának részvételével. Hamarosan meglepődve tapasztalta, hogy a betegek nagyon szívesen vesznek részt a kétirányú kommunikációban, és aktív szereplésük nyomán sokkal többet tudott meg róluk, mint ha csak passzív hallgatói lettek volna az informatív előadásnak. Ebből a tapasztalatból vont le azt a következtetést (és alkalmazta további együttműködése színhelyén), hogy a betegek és a személyzet közötti interakciónak, annak, hogy mi és miért történik az osztályon, napi megbeszélése igen nagy hatással van a betegek gyógyulási folyamatára.

A terápiás közösség alapelveit *Rapoport* (1960) foglalta össze a „Community as Doctor” című könyvében. *Rapoport* szociológusként dolgozott *Jones* belmonti osztályán. Az általa összefoglalt alapelvek:

a. Nondirektivitás: a belátáson alkalmazkodás megteremtése.

b. Tolerancia: a személyzet elviseli a zavart, a „rendetlen” viselkedést is, hiszen a megbeszélés jobb, mint a formális fegyelmezés.

c. *Közösségi szellem* (egyenlőség és véleménycsere): mindenki szabadon kifejezheti a véleményét és gondolatait, megosztva azokat másokkal is.

d. *Szembenézés a valósággal*: mindenkit arra kell biztatni, hogy problémáit mondja el és interpretálja.” [Füredi 1979, p. 36.]

„A terápiás közösség megalakítása után nem lehet többé úgy tekinteni a kórházat, mint a gyógyítási folyamat lokális színterét, mint az „orvosok technikai ügyességének eszközét” hanem mint közösséget, amely együtt vállalja a gyógyítás feladatát, mindenki közös erőfeszítésével, együttműködésével. ... Ez egyrészt azt jelenti, hogy az ápoló személyzetnek a megőrző, majd a pozitív, megértő szerepén túl, bizonyos szinteken terápiás tevékenységet kell kifejtenie. Nem zárkozhat el a betegek kontakuskínálataitól, azokban részt kell „vennie, segítenie kell a betegeket a konfliktusszituációik megoldásában. Így az ápolók, a foglalkoztató terapeuták is óhatatlanul indulatáttételek tárgyai és a viszont-indulatáttételek szenvedő alanyaivá válhatnak...

A betegek szerepe is megváltozik: a kezelés passzív elszenvedőiből *a gyógyulási folyamat aktív résztvevőivé válnak.*” [Füredi 1979, pp. 36-37.]

A pszichiátriai ellátás intézménye felől közelítve a fentebb leírt szociálpszichiátriai berendezkedés a leoptimálisabb alap egy terápiás közösség felépítéséhez, erre épül, ebből indul ki, evvel ötvöződik a személyzet csoportjának értelemadó folyamatait meghatározó paradigma, ez Európában legtöbbször a pszichodinamikus gondolkodást jelenti a demokratikus terápiás közösségekben. Bizonyos szempontból rugalmasabb intézményes valóságot jelent egy terápiás közösség számára, ha ugyanezeket az értelemadó folyamatokat nem egészségügyi, hanem szociális intézményként, vagy éppen önmeghatározott módon kell és lehet megvalósítani – ahogyan erre számos külföldi példa akad, lásd később.

Magyarországon – szociálpszichiátriai alapokon, és érdekes módon mindkét esetben a családterápia hangsúlyos jelenlétével – a második világháborút követően a hatvanas – hetvenes években kezdett kialakulni két színtér, melyek leginkább hordozták a terápiás közösség modalitásait, avagy akként működtek. Az

egyik az OIE Kun Miklós vezette osztályán Füredi János vezetésével (1967), mely munkásságból született Magyarországon mindmáig az egyetlen önálló kötet a terápiás közösségről. [Füredi 1979] A másik törekvés Goldschmidt Dénes nevéhez köthető, aki először Intapusztán, Benedek István után, majd Budapesten, Hidegkúton alakított ki terápiás közösséget. Az itt folyó munkában már meghatározóbb módon volt jelen a pszichoterápiás (csoportanalitikus, családterápiás, rendszerszemléletű) gondolkodás, hazai publikációban úttörő módon az itteni munkacsoport szóhasználatában jelenik meg a „terápiás kultúra”, a „living – learning” helyzetekből álló terápiás kapcsolatrendszer és eme kultúra kialakulásának kitüntetett színtere a nagycsoport meghatározó fontossága. [Balázs – Piri, Fonyó 1982] A nagycsoport kultúra – alakító elemeinek leírása mind a mai napig orientáló lehet a lélektanilag tervezett korrektív környezet kialakításában.

Jelenleg világszerte működnek terápiás közösségek, meghatározott pszichés problémák kezelésére (jellemzően személyiség- és pszichotikus zavarok, függőségi problémák), ill. speciális közösségek, alapvetően viselkedés – korrekciós célokkal (börtönökben, nevelési és egyházi intézményekben). A jelenleg kialakult nomenklatúra szerint a terápiás közösségek alapvetően háromféle típusban szerveződnek. Az egyik a demokratikus közösségek formája (amiről esetünkben szó lesz, itt az említett alapelvek és pszichodinamikus gondolkodás hoz létre egy jellemzően egészségügyi vagy szociális intézményes keretben dolgozó közösséget), a másik az ún. „konceptuális” közösségek világa, ide a fentebb említett speciális közösségek tartoznak, a létrehozó intézmény konceptusa az alapvetően meghatározó. [Kennard, 2004] A közösségek harmadik fő típusa a különféle drogrehabilitációs intézményekben működő közösségek. Kennard említett áttekintő tanulmányában jellemző módon külön kezeli a korábban említett német mintára szerveződő pszichoterápiás rezsimeket. Tanulmánya címében a terápiás közösségről, mint „adaptable treatment modality” – ről beszél, kiemelve evvel azt, hogy a terápiás közösségek hozadéka, túl a klinikai hatékonyságon, a különféle ellátó rendszerekben való adaptálhatósága a megvalósítható „miliő” alapján. [Pearce, Haigh 2017 a] (lásd zárófejezet). Eme adaptálhatóság alapja a terápiás közösségeknek az a meghatározó összetevője,

amit a kurrens szakirodalom a „planned psychological environment” avagy „enabling environment” terminussal jelöl [Pearce, Haigh 2017 b]. A megértő, korrektív, szabályozó, a kapcsolatok és csoportok viszonyait erőforrásként kiaknázó környezet modalitásai a különféle hagyományosabb berendezkedésű intézményekben is megvalósíthatóak, olyannyira, hogy a terápiás közösségek eme egyik legkidolgozottabb dimenziójának megosztására külön szervezet is alakult, a brit székhelyű Planned Environment Therapy Trust. (www.pettrust.org.uk) Az ily módon „tervezett” környezetbe éppúgy beletartozik a fizikai környezet közösségisége, (kulturális) „jelentéssége”, természet-közelisége, mint a szervezet viszonyainak, a döntéshozatal átláthatósága, a kommunikáció nyíltsága, a szervezeti ellentmondások, a konfliktusok kezelésének módja, a csoportok és csoportközi viszonyok folyamatainak megértése, a hagyományok, alapvetően a részvételi felelősséget, agencia – kiépülést támogató, szolidáris és permisszív beállítódású kultúra.

Hagyományosan a legkiforrottabb demokratikus terápiás közösségek az Egyesült Királyságban, Olaszországban és az USA-ban működnek. [Manning 2013; Gale, Realpe, Pedriali 2008] Demokratikus terápiás közösségekben jellemző módon a közösség egésze, a megfelelő alapelvek szerint való működés és a társas folyamatok (főként) pszichodinamikus megértése és az ezen alapuló intervenciók a fő hatótényezők. Implementált, módszerspecifikus pszichoterápiás aktivitások főként a csoportpszichoterápiák világából, szocioterápiás és kognitív terápiás modulokból (pl. CBT) és főként külső szolgáltatók révén egyéni terápiákból állnak. A közösségek (a módszer) jelenlegi kiforrottségéhez nagyban hozzájárul az, hogy a demokratikus terápiás közösségek hálózatként különféle szervezeteket alkotnak, intenzív tapasztalat – megosztással és kutatási – fejlesztési potenciállal. (ATC, CofC, TCTC) Külön szervezete van a pszichoanalitikus gondolkodást hangsúlyosan a fókuszba állító közösségeknek, ez a londoni székhelyű INDTC, mely alapító tagjai közé a Thalassa Házat is meghívták 2010-ben.

Érdekes módon a drogrehabilitációs terápiás közösségek önálló hálózatba, önálló szakmai – szakmapolitikai szervezetekbe tömörülnek nemzetközi és hazai szinten is (EFTC), a kétféle terápiás közösségi gyakorlat és elmélet között gyakorlatilag alig létezik kommunikáció.

Magyarországon a „demokratikus terápiás közösség” műfajában ez idő szerint a Thalassa Ház működik (történetisége szerint az egészségügyi rendszerben a „pszichoterápiás rehabilitáció” szakmát jelenti ez, hasonlóan az ebben a „szakmában működő pszichoterápiás rezsimmel, Tündérhegygel), működnek még a drogrehabilitációs terápiás közösségek (pl. az INDIT intézményei, a Református Egyház intézményei) ill. egy kísérlet büntetés-végrehajtási intézményben (Közép – dunántúli Országos Bv. intézet. Noha a műfaj hasonló, Magyarországon is erősen széttagolt a terápiás közösségek színtere, jellemző módon a terápiás közösségekről szóló publikációk a Pszichoterápia, a Szociális Szemle és a Börtönügyi Szemle folyóiratokban jelentek meg az elmúlt tíz évben, gyakorlatilag nem létezik kommunikáció eme rész – színterek között. [Zalka 2008; Mándi 2012; Mikolay, Szeidl, Bársony, Mihóczy 2010]

A terápiás közösségek lélektani világának hangoltsága, annak tudatos „hangolása”, alapvető fontosságú a közösség korrektív potenciálja szempontjából. Eme hangoltságnak legfontosabb dimenziói a kötődés és biztonság (hogyan lehet csatlakozni, biztonságosan kifejeződni és leválni) a traumaérzékenység (kölsönös és elismerő személyközi viszonyok), a dialógus – orientáltság, a közösségiség szempontjából pedig a szolidaritás, autonómia és kooperativitás kérdése. (Cross 2012; Adshead 2015)

A „lélektanilag tervezett pszichológiai” tér alapja a Thalassa Ház terápiás közössége esetében is egyfajta (pszichológiai) emberkép, mely kép különféle vetületei a közösség konstitutív rendjét alkotó valamely „alapelvben” jelennek meg. Eme emberkép lélektanilag az itt következő fejlődésméleti megfontolásokban alapozódik meg.

A pszichoterápiás irányzatok praxisának alapja egyfajta fejlődésméleti konceptualizáció, azaz a praxis alapvető intervenciós stratégiái az ember tételezett kora – és későgyermekkori pszichés fejlődésére, annak elakadásaira adnak specifikus választ. A dinamikus paradigma fejlődésmélete a pszichoanalízis indulásakor nagyrészt spekulatív mozzanatokra, az élettörténetből, a terápia kapcsolati mozzanataiból, a „terápiás anyagból” magából rekonstruálható

összefüggésekre épült, gyermekképe meglehetősen patologizált volt. A tudományág hosszas fejlődése során a múlt század hetvenes – nyolcvanas éveitől bontakozott ki, főleg angolszász területen a főként csecsemőmegfigyelési vizsgálatokra, a gondozó – gyermek interakcióinak kísérletes elemzésére alapozó kötődésemélet és mentalizációs modell. [Fonagy, Target 2003] Ezekben az elméletekben közös az az alapvetés, hogy a gyermeket egy „másik emberként” látják, aki egy önálló kognitív kapacitással, érzésekkel, vágyakkal, félelmekkel élő, a világot aktívan exploráló, kísérletező ember, markáns pszichés és testi határokkal. Az elmélet szerint ahhoz, hogy érett, autonóm és kooperatív személlyé váljon a gyermek, ahhoz a következő kora - gyermekkori interperszonális modalitások szükségesek:

- a gyermek határainak, érzéseinek, állapotainak alapvető respektje gondozója részéről (nem azért bög, hogy a felnőttet idegesítse);
- kínos, szorongató állapotainak tartalmazása (a felnőttben keltett érzés elviselése, annak, és nem a gyermeknek a kontrollja);
- a felnőtt és a gyermek érzéseinek, motívumainak világos határral való megkülönböztetése;
- a felnőtt önérzetes motívumainak (szenvedélyének) erős önkorlátozása a gyermek érzelmi – kapcsolati szükségleteinek figyelembevételével;
- a gyermek állapotainak – *jelölt* – tükrözése (Gergely, Watson 1998);
- a megküzdési törekvések, alanyi megnyilatkozások értékelése, támogatása, biztonságos, odaforduló, kontingens jelenlét és kongruencia.

Az említett tükrözés különösen fontos a gyermek saját – érzékelése kialakulásának szempontjából, mivel döntő mozzanat, hogy a gondozó arcán a saját érzelmei tükröződnek-e, avagy a gyermek tekintete, állapota a gondozó által kezelt módon. (Kétségbeesett gyermek szülője arcán, ha kétségbeesést lát tükröződni, elárasztja a szorongás, míg ha a „kétségbeesést” kicsit eltűzött, játékos módon tükrözi a szülő, akkor a gyermek – a tükrözés – elmélet szerint – egyrészt magára ismer, másrészt biztonságban fogja magát érezni, mivelhogy

„tartalmazható” az állapota. [Gergely, Watson 1998] A reflexivitás az adekvát szülői tükrözésből és a kongruenciából ered. A gyermek szükségleteihez illeszkedő és ahhoz érzelmileg hangolt szabályozás személyközi interakciómintázatai adják azoknak a generalizált neurofiziológiai reprezentációknak az alapjait, melyek később az önszabályozás alapvető stratégiáit adják. Szorongató, elhanyagolt, abuzált állapotban – empátikus kapcsolat híján – a gyermek képtelen élményeit konszolidálni, azaz nem jönnek létre, ill. felfüggesztődnek a stressz – hatás miatt azok a belső neuronális kapcsolatok, melyek az élmények kapcsolathoz, tehát szimbolikus eszközökhöz illesztését végzik. A gyermek alapvetően úgy fogja magát szabályozni, ahogyan a másik őt szabályozta, úgy fog alapvetően magára tekinteni, ahogyan őt látták. A kötődésemélet és mentalizációs modell neurofiziológiai alapjai egyfajta „biológiai dialóguselméletként” is tekinthetők.

A fejlődépszichológia fentebb említett mozzanatait, ha extrapoláljuk, különösen a közvetlen társas kapcsolatok színterére, a pszichoterápiás szcéná világába, úgy ezek a minőségek egy etikai diskurzusba vezetnek, ahol a főbb mozzanatok: a másik ember alapvető respektje – a kommunikáció érvényességi igényeinek elfogadása, az érték kapcsolatban konstituálódásának mozzanata, nyílt kommunikáció, dialógus, önreflexivitás és szolidaritás. [Habermas 2011, Heller 1994] Eme diskurzus leírta mozzanatok adják az alapját mind a kapcsolatban születő szelf megértésének, mind pedig a szelf társas korrekciójának igényével fellépő közösség kultúrájának.

Jelen dolgozat a 2003 – ban alapított Thalassa Ház terápiás közösségének felépítését, terápiás kultúrájának evolúcióját, mint a szelf társas korrekciójának egyik kollektív ágensét vizsgálja, mindezt a társadalmi kommunikáció részeként, a pszichoterápia intézményének relevanciájában. Fenti bevezető előzmények alapján tekintve a Thalassa Ház a terápiás közösségek evolúciós folyamatában egy radikálisabb továbblépést jelent. Az intézmény kialakításakor egy már létező egészségügyi – szociálpszichiátriai – rendszert dekonstruáltunk és a terápiás közösség működését, annak elemeit, a közösségi együttműködés rendjét egy radikálisan végigvitt pszichoterápiás gondolkodás inherens érték – mozzanataiból, alapelveiből bontottuk ki – a pszichoterápiás csoportok szintjétől, a mindennapi

élet világán át, az intézményműködtetés kérdéseiig. A közösség működésének feltételeit biztosító kórház intézményének a strukturális és funkcionális elemeit a lehető legteljesebb mértékig ebbe a körbe bevonni igyekszünk, biztosítva a hatékony kommunikációt a külső környezettel.

A terápiás közösségek világában a Thalassa Ház felépítése a következő – a dolgozatban kibontandó – mozzanatok alapján jelent radikálisabb előrelépést:

- *struktúrájában erősen konceptualizált teljes – nonverbális, performatív és verbális pszichoterápiás rendszer ágyazódik bele egy szintén erősen konceptualizált módon fölépített terápiás közösségi világba, mely terápiás közösség reflexivitásában és performativitásában megvalósította érték, norma és szabályrendszere önmagában korrektív „módszer”.*
- *a terápiás közösség teljes személyzete részt vesz valamilyen formában úgy a pszichoterápiás, mind pedig a közösségi aktivitásokon. Az értelmező és „reflektáltan megelőző” pozíciók és színterek világos határokkal elválnak ugyan térben és időben, de a személyek azonosak.*
- *a terápiás közösség világa erősen „jelölt”, reflektált, „színházaszerű”.*

A korábban kibontott konceptuális – történeti háttéren rajzolódik ki a Thalassa Ház terápiás közösségének – később tárgyalandó – markáns érték, norma és szabályvilága hordozta lehetséges kulturális jelentése is. (A trauma és erőszak, gyengédség és tartalmazás társadalmi jelenvalóságának kérdései. [Campling 2015])

A lényeg, mint minden ilyen intézményben, a „hogyan”, hogy miként tudjuk játékba hozni mindezt úgy, hogy a közösségi és személyes integrálódás egyazon folyamat két arca (leírása) legyen? A kérdés, hogy mitől működik (ha működik) egy ilyen közösség, hogyan éri el célját, ami esetünkben egyfelől egy elég jó klinikai output, másfelől pedig egy integrált közösség. Az említett érték, alapelv, norma és szabályelemek játékba hozásának hogyanja (a közösség tagjainak az a törekvése, hogy a dolgokat kölcsönösen így – és – így lássák) adja az intézmény konstitutív alapját. Ezek a hogyanok jelölik ki azt a szuperkoherens komplex szimbolikus teret, ami fenntartja a rendszert. Szuperkoherens mert a teljes,

konkrét napi életet és a pszichikus, személyközi valóságot reflektálja egyidejűleg. Ez a szimbolikus világ szervezi a rendszer határfelületeit, adja a struktúra értelmét. A struktúra jelenti egyrészt a nyers (idő, tér, fizikai) és szimbolikus határok, szerep, funkció, alanyi személyközi határok és a különféle aktivitások határainak fenntartását, jelenti a normatív, performatív és expresszív színterek határfelületeinek fenntartását, illesztését, jelenti a reflexív színterek fenntartását, a paciens – személyzet határok fenntartását, az előre nem látható események, feltételváltozások kezelését.

A közösség többletfelkészültsége – a kommunikáció participációs elmélete szerint [Horányi 2007] – konkrét, operáns módon a struktúra fenntartásában ölt testet, a rendszer elemeinek határillesztésében. Ez magas szintű kooperatív, reflexiós és absztrakciós munkát jelent, melyben személyzet és paciens egyaránt kompetens lehet (lásd később, a kollektív agencia, mint a kölcsönös tudások összessége). A kondicionált határfelületek az ellentmondások konfliktusok formájában való megjelenését, azok kezelhetőségét és dialógusok kialakulását teszik szükségsszerűvé és lehetővé. Ezekben a konfliktusokban és dialógusokban a személyes élettörténet rekonstrukciója és közösségi erőforrások újratermelése történik: bővebben értjük, miben élünk, hogyan működünk, az új ismeret jelentette életvilág – gazdagodás teherbíróbbá, adaptívabbá teszi a közösséget. A közösség társas tere adott esetben a vegetatív („nyerset”), szimptomatikus, performatív szimbolikussá transzformálja a pszichikus, tehát a kapcsolati világ számára, ehhez kell a mások kapacitása: a saját pszichofiziológiai állapotok olvasása és megosztása adott helyzetben. A tüneti jelenség, viselkedészavar társas relevanciájának megértésében ölt testet adott esetben a közösség többlet – felkészültsége, ez a többlet – felkészültség adja annak feltételeit, hogy a tagok kölcsönösen hozzásegítsék egymást saját maguk lehasadt, gátolt, megtagadott pszichikus részeihez, hogy ki – ki hozzáférhessen saját magához a kommunikáción keresztül.

A továbbiakban a Thalassa Ház terápiás közösségének kialakulásának leírását, a hatótényezőkről való gondolkodást, a közösség működésének rejtettebb dimenzióinak feltárása céljából végzett kutatásokat a maguk történetiségében mutatjuk be. Ez azt jelenti, hogy a fejezetekben megjelenő fókuszok, hangsúlyok,

a leírás fogalmi eszköztárának változása, a rendszer működésének és hatékonyságának megragadásához választott diskurzusok tükrözik a majd' 15 éves munkánk, a gondolkodásunk alakulásának történetét, mely történetre, az abban számunkra artikulálódó értelemre a zárófejezetben térünk vissza.

I. RÉSZ

1. FEJEZET

A Thalassa Ház terápiás közösségének kialakulása

A kezdetek

2003 márciusában kezdte meg önálló működését a budatétényi Thalassa Ház Pszichoterápiás és Pszichiátriai Rehabilitációs Intézet, alapítványi fenntartású kórházként. Megszületése hosszú folyamat eredménye volt, mely folyamat számos kulturális, szakmapolitikai tanulsággal járt, ahogy erről, az intézmény létrejöttekor tanulmányunkban írtunk [Zalka, Gál 2004].

Az 1990-es évek elején a Pécsi Pszichiátriai Klinikán dolgozva nyílt lehetőségem egy hosszabb svájci tanulmányútra, kutatási témám a pszichózisok pszichoterápiája volt. Svájcban megismerkedhettem eme szakmai szintér jeles képviselőivel, az énpeszichológiai területen Benedetti, a csoportpszichoterápia világában Battegay, a szociálpszichiátria területén Ciompi jelentették a főbb tájékozódási pontokat. Hazatérve érlelődött meg bennem egy olyan pszichoterápiás hely – ház – létrehozásának gondolata, ahol kis közösségben intenzív pszichoterápiát lehet pszichotikus betegek számára nyújtani. Ekkor hoztuk létre akkori munkatársammal – dr. Szemelyácz Jánossal az első Thalassa Gyógyház Alapítványt, a szakma helyi képviselőinek támogatásával. Időközben világossá vált, hogy egy szektorsemleges ellátási forma meglehetősen szokatlan és kezelhetetlen entitás az egészségbiztosítás és az ellátásszervezés számára, így feladtuk ezt a próbálkozást. Budapestre költözve a Hidegkúti pszichoterápiás Osztályon folytattam a munkát, ami egy jól működő pszichoterápiás rezsím volt, pszichotikus és bordrline betegekkel dolgoztunk főként. Az anyaintézmény – a Rókus Kórház – megszüntetésre ítélte az osztályt. Az ekkor, korábbi munkatársaimmal és elkötelezett szakemberekkel (Gál Béla, Rácz Lajos) indított pszichózis – pszichoterápiás műhelyünk lett az alapja a későbbi Thalassa Ház szellemiségének. Ekkortájt kerültem kapcsolatba Zseni Annamáriával, aki a Szt. Imre Kórház II. sz. Pszichiátriai Osztályának vezetője volt és meglehetősen küzdelemben védte jól működő szociálpszichiátriai osztályát a kórházvezetés

bezárást sürgető döntéseivel szemben. Zseni Annamária visszavonulását követően – meghívására – vettem át az osztály vezetését, a zajló tárgyalások eredményeképpen az osztályon már korábban is működő alapítvány (a Segély Helyett Esély Alapítvány) vehette át az intézmény önálló kórházként való működtetését – ekkor kapta a Thalassa Ház nevet – és így az anyakórház is feladhatta ezt a külső telephelyet. Zseni Annamária az alapítvány kuratóriumi elnöke lett a kezdeti években. Vezetőként az intézmény kialakítása során a közösségi működés megfelelő kialakítása (konceptualizálás, kutatások inicializálása), a belső és külső legitimációs kérdések jelentették számomra „vörös fonalat”, túl a szűkebb értelemben vett intézmény menedzselésén. Jelen dolgozat, a terápiás közösség kialakításának és vizsgálatának leírása óhatatlanul hordozza a leíró bennfoglaltságának problematikáját. A dolgozatban többes számot használok, tekintve, hogy minden mozzanat megvalósítása szoros teammunkához kötött, a megértés és értékelés egyedi problematikájára nem tértem ki, ezeket pozíciók jelzik. Hasonló közösség „belső leírására” kíváló tanulmány született 2012-ben, az émikus etnográfia módszerével Mándi Nikoletta vizsgált egy drogrehabilitációs terápiás közösséget. [Mándi 2012] Reményeink szerint részesei lehetünk a közeljövőben egy hasonló vizsgálatnak mi is. Közösségünk működésének „külső szemmel” történő értékelését a CofC (lásd később) minőség – auditáló rendszerében való részvételünk biztosítja, ez – részben – normatív és reflektív mozzanatokat is tartalmaz. Jelen dolgozat az együttműködés, közös gondolkodások eredményeit is formába önti, „szellemi társszerzőként” a konceptualizálás bizonyos mozzanataiban és a kutatások megvalósításában a mindenkor team keze nyomát is magán hordozza, ahogyan arra utalok a megfelelő részeknél..

Az intézmény előzményét a budapesti Szt. Imre Kórház II. sz. Pszichiátriai Osztályának története jelentette egyfelől, másfelől pedig az intézetet létrehozó team tagjainak személyes előtörténete. Az Osztály az átalakulást megelőző tíz évben folyamatosan küzdött fennmaradásáért, egyre csökkenő esélyekkel. Evvel párhuzamosan, a '90-es évek közepétől vetődött fel a gondolat egy néhány szakember alkotta csoportban, Pécsen, hogy létrehozzunk egy “Thalassa Házat”, ahogy kerestük a pszichotikus és különféle személyiségzavarok pszichoterápiás alapú kezelésének optimális kapcsolati és intézményes terét, akkoriban meglehetősen csekély realitással. Az említett Osztály vezetését 2001-ben vettem át, így lehetőség nyílt arra, hogy megkíséreljük a kórház válságmenedzselési stratégiájában megszüntetendőnek minősített Osztályt a kórházról egyfelől leválasztani, másfelől, önálló intézményként továbbműködtetni. A korabeli

szakmapolitikai / politikai diskurzusok perspektívájuktól függően szakmai – intézményes progresszivitást mutató kísérletnek, előre – menekülésnek ill. az egészségügy jól teljesítő részlegeit „kimazsolázó” privatizálásnak látták a folyamatot. A helyi önkormányzat végül „szakmapolitikai modellkísérletként” értékelve, támogatólag állt a törekvés mellé.

Az alábbiakban a Thalassa Ház működésének kialakulását, szellemiségét, klinikai gyakorlatát és az ennek alapjául szolgáló gondolati-elméleti háttér fontosabb elemeit mutatjuk be. Leírásunk a működés kialakulásának folyamatában – történetiségében veti fel az általunk lényegesnek tartott mozzanatokat. A valóságban problémák és azok megoldási próbálkozásai mentén zajlott közösségünk „evolúciója”, lett légyen az kulturális, klinikai, elméleti kérdés, személyzeti konfliktus, egy súlyos acting out, avagy szervezeti (gazdasági, jogi) nehézség.

Ily módon beszélünk először az intézmény létrejöttének történetéről, a kulturális kontextus számunkra érzékeny vonatkozásairól, a terápiás működés felépítéséről, a terápiás közösség meghatározó kapcsolati/reflexív világáról. Végül sorra vesszük a terápiás hatékonyság számunkra meghatározó elemeit.

A végtelen leválás folyamata

A team arra szerződött, hogy terápiás közösséget hoz létre, melynek erőforrásait pszichotikus és súlyosabb személyiségzavarban szenvedő emberek terápiájára optimalizálja. Kiinduló elképzelésünk egy „korrektív” mikrokultúra teremtése volt.

A teamtagok révén előzményként – az elődosztály örökségén túl – magunkkal hoztuk a szigetvári „open door” szociálpszichiátriai rezsimit és annak megszűnésének történetét, a budapesti „hidegkúti pszichoterápiás osztály” megszűnésének történetét és a különböző pszichiátriai osztályokon, mentálhigiénés gondozókban pszichoterápiás munkát végezni igyekvők történetét.

Egy létező kórházi részleg önálló, alapítvány működtette intézménnyé való átalakításával meglehetősen járatlan úton kellett elindulnunk. Mivel következetesen próbáltuk már ezen a szinten is képviselni a pszichoterápiához szükséges működési alapelvek érvényesítését, súlyos konfliktusokban kellett szembesülnünk a hazai pszichiátriai ellátás differenciálatlan, mélységesen elmaradott finanszírozási-(egészségügyi) szakigazgatási szemléletével. Teamünk a végtelen leválás folyamataként élte át ezt az átmeneti időszakot: az anyakórház már nem, a hatóságok még nem legitimálták a folyamatosan betegellátást végző intézményünket, teljes létbizonytalanságban töltöttünk el jó néhány hónapot a működési engedélyeink kézhezvétele előtt.

2003 március 01. – től az intézet az alábbi intézményes – szervezeti keretek között működik, mind a mai napig:

- alapítványi működtetésű egészségügyi intézmény (kórház), fekvőbeteg (33 fő), nappali kórház (16 fő) és pszichoterápiás ambulancia részlegekkel;
- OEP szerződés alapján közfinanszírozott, ellátott közfeladat: „pszichoterápiás rehabilitáció”;
- munkatársak száma: 28;
- max. rehabilitációs idő: 6hó;
- klinikai gyakorlóhely: pszichológusképzés, szakorvos – képzés
- az intézmény, működése komplexitását növelendő, fenntartó alapítványán keresztül létrehozott szociális intézményeket is, melyek lehetővé teszik a paciensek számára, hogy terápiás folyamatukban az élethelyzet – váltás (jellemzően a traumatizáló családról való leszakadás, önálló életvitel kialakítása) szociális szolgáltatással támogatott folyamat legyen.

A szervezet célja:

- az intézet ellátási spektrumába tartozó meghatározott pszichés zavarok (meghatározott személyiség- és pszichotikus zavarok és függőségi problémák) mind teljesebb pszichoszociális rehabilitációja (személyes

felépülés támogatása, fókuszban az életminőség), eme elsődleges célunk elérését utánkövetéses vizsgálatokkal értékeljük (lásd később);

- a terápiás közösség, mint a paciens terápiás folyamatában meghatározó kollektív agens, működésének elemzése, kutatása, az ismeretek visszacsatolásával ennek fejlesztése, a terápiás közösség kulturális relevanciájának elemzése, artikulálása;
- a terápiás közösség mikro- és makrokörnyezetében a mentalhigiénés és kapcsolati kultúra fejlesztése (családok, iskolák);
- oktatás, képzés, a terápiás közösség módszertanának, feltételrendszerének további kidolgozása, harmonizálása nemzetközi szervezetekkel.

Hely a diskurzusban

Mivel testközelből tapasztaltuk meg, hogy kultúránk hogyan gondolkodik az általunk felvállalt betegségprofilok intézményes pszichoterápiás alapú gyógyításáról az erőforrások elosztása, a hozzárendelt jogszabályi és intézményes keretek terén, fontossá vált, hogy körüljárjuk kicsit, mit *jelentett* ott és akkor terápiás közösséget csinálni.

A pszichotikus és személyiségzavarok terén a „betegségről” való gondolkodásban a nature/nurture, biológiai/társas dichotómia egyre inkább egy spektrális szemléletben oldódik fel. Szkizofréniás zavaroknál a biológiai háttér manifesztációjának mértéke, ugyanígy a bipoláris spektrumon belül, és a borderline zavaroknál a biológiai vulnerabilitás foka rajzolja körül a specifikus/aspecifikus, társas/lelki együttállások patogén jelentőségét és értelmezhetőségét [Tényi 2000]. Kérdés a “kulturális felülírás”, a “neuroplaszticitás” lehetőségeinek mértéke a biológiaiilag megragadhatóbb kórképek esetében is. Véleményünk szerint ennek a mértéke rendkívül érzékenyen *kultúrafüggő*. Ez egyben a döntő ebben a kérdésben, hogy mennyire támogatja a

neuron(re)generációt és az egyéni adaptivitást egy kultúra (közösség, család). Másszóval, milyen a benne uralkodó, kollektív valóságot formáló társas mozzanatok minősége (gyengédség, tekintetbevétel, reflexivitás vs. erőszak, tekintély, önérzetesség fokai, stb.). Ezt a komplexitást tükrözik a terápiás hatékonyságvizsgálatok eredményei alapján az utóbbi tíz évben közismertté vált ajánlások, miszerint a leghatékonyabb és legtartósabb eredményt a biológiai és pszichoterápiás kezelésmódok együttes, összehangolt – az adott “esetre” optimalizált – alkalmazása adják. Terápiás gyakorlatunkban ezt az együtthatást igyekszünk optimalizálni közösségi eszközökkel, kapcsolatává tenni amit lehet a biológiaiból, az alábbiakban kibontott klinikai szemlélet alapján.

A klasszikusabb terápiás közösségekben a “közösség, mint doktor” [Rapoport 1960] idea az engedékenységre, megengedésre, a realitással való konfrontációra, demokratizálásra, felelősségvállalásra és közösségiségre (érdekképviselés, megosztás) mozzanataiban fejeződik ki, a személyiség reparációja, érése ezek összehatásaként tétéleződik. A korábbi hazai intézményes törekvések horizontján is ezek a klasszikus ideák voltak, jóllehet azok relevanciáját éppen a fennálló merev, hierarchikus, tradicionális pszichiátriai valóság megbontása adta, majd később, a közösségi térben zajló pszichoterápiás folyamatok intézményes működtetéssel való összeegyeztetési törekvései. [Füredi 1979; Füredi, Buda 1990; Szőnyi, Füredi 2000] A hetvenes – nyolcvanas évek hazai szcénájában a szociálpszichiátriai gondolkodás alapelvei szerint működtetett pszichiátriai rezsimek, a maguk demokratizáltabb, nyílt kommunikációt és transzparens viszonyokat támogató működésmódjaival – vezetőik révén – óhatatlanul az ellenkultúra szellemiségéhez tartoztak.

A Thalassa Ház terápiás közösségében a korábbiakhoz képest jóval hangsúlyosabb módon és arányban volt jelen a módszerspecifikus egyéni és csoportos pszichoterápiás formák alkalmazása. Másfelől alkalmazásuk tudatossága közösségi *jelentéseik* feltárására és artikulálására irányul, ilyen módon kerülnek a helyükre a terápiás térben és nyernek értelmet (identitást) a mindennapi életben. (A pszichoterápiás és közösségi színterek folyamatosan reflektálódnak, értelmeződnek egymásban. Az évek során zajló intenzív csoportközi dialógusok során kialakultak a közösség számára „rögzített”

jelentések, melyek egy adott csoport – a problémakezelés szempontjából – releváns *használatára* utalnak. A közösség többlet felkészültségébe tartoznak az olyan típusú tudások, miszerint pl. a verbális kiscsoport az intimebb, nagyon nehéz, szégyenletes, fájó tartalmak megosztásának elsődleges színtere, ezt követően kerülhet a személy számára nagycsoportra valami, ahogy a nagycsoport gyakori színtere a pszichodráma előállt személyes „kép” társas relevanciája játékba hozásának, ahogyan egy konfliktus, ami a közösségi együtt-cselekvő aktivitásokon jelent meg és alapvetően a bizalom, határképviselő, agresszió motívumait hordozza a mozgásterápiás csoportra „vive” belátható. Az adekvát színtér használatára a közösségi tagok biztatják, bátorítják egymást. Így tudnak a közösség reális életét biztosító aktivitások „munkafázisban” lenni, azaz cél a reális teljesítmény is (pl. le kell nyírni a fűvet), de a kooperáció nehézségeit, az előálló konfliktusokat *tudja* a közösség, hogy mely színtereken, csoportokon lehet az önismeret elsődleges feladataként kezelni. Ezek a *jelentések* hozzájárulnak a belső és külső határok kimunkálásához. Ennek a tudásnak a közösségi színtereken való reflexiója a személyes változás élményeinek megosztásakor jelenik meg, a feltárt közösségi értelem és az elérhetővé tett „belső”, személyes ellentmondás egymásra referálnak.)

A tér és hely metaforákat egyaránt használjuk érzelmi, társas, terápiás és konkrét értelemben, emiatt volt fontos, hogy a terápiás aktivitásainkhoz eltérő, jól különálló helyeket/tereket tudjunk rendelni a fizikális valóságban.

Állandó kérdés, hogyan függ össze értékrend (az alapelvek) és terápiás hatékonyság, hogyan szolgálja vagy veszélyezteti ez az értékrend (az alapelvek) magának a terápiás közösségnek a túlélését ill. fejlődését adott kulturális környezetben?

Tapasztalatunk szerint a mai társadalmi gyakorlat nagyságrendekkel nagyobb mértékben rendeli gazdasági-szervezeti erőforrásait az általunk kezelt mentális zavarok biomedikális kezelési formáihoz (vs. kapcsolati/reflexív). Tapasztalatunk szerint ezzel összefüggő jelenség mai kultúránkban az énkép, testséma, szexuális viselkedés, hangulat- és identitás zavarait a biologizmus narratívájában találó mediális gyakorlat dömpingje. Ugyanígy a súlyosabb érzelmi, kapcsolati,

önértékelési zavarok kollektíve megjeleníthető *formája* is erősen anyaghoz kötötté válik: gyakorta a drogok metaforájában lehet ezekről beszélni, ezekhez kapcsolatot rendelni. A valós családi, kapcsolati traumatizáció nem közbeszéd tárgya. Az angolszász kultúrakritikában a modernitás utáni korszakot éppen a reflexív jelzővel kiegészítve a reflexív modernitás korszakának is nevezték, elhatárolva a “posztmodern” értéksemlegesebbnek tűnő kifejeződésétől. Ebben a kontextusban az *említett* biologizmus diskurzusa, mint a reflexivitás (modernitás) “ellenáramlata” jelent meg. [Beck, Giddens, Lash 1998]

“Terápiás” emberkép

A Thalassa Ház nevének eredetéről az alábbiak olvashatóak az Intézet honlapján:

„Thalassa – annyit tesz, mint „tenger”, görögül. Ferenczi Sándor magyar pszichoanalitikus honosította meg ezt a kifejezést a magyar szakmai – köznyelvben a „Katasztrófák a nemi működés fejlődésében” címmel írott könyvével.

Gondolatisága szerint, minden organizmus – még az anorganikus szerveződések is (!) – az eredeti nyugalmi állapotára törekszik, a felborult külső –belső környezeti egyensúlyt igyekszik helyreállítani. Az élőlényeknél a fejlődés óhatatlanul kríziseket hív elő, melyeken csak új struktúrák és funkciók életre hívásával lehet úrrá lenni. A környezeti krízisekkel való ilyenén megküzdés a fejlődés megtestesülése, lett légyen ez a folyamat a törzsfejlődés története, avagy az egyedfejlődés útja. Két lábon járó szárazföldi gerinces emlősként a tengerbe vágyunk vissza, emberként édesanyánk méhébe, de nem lehet visszamenni, az időt nem lehet visszafordítani, konkrétan nem, csak szimbolikus úton érhetjük el, amire vágyunk.

Mélyen humánus pszichiáterként Ferenczi a pszichés betegségeket, azok tüneteit, a fájdalmas vagy súlyosan sértő külső, avagy a felborult biológiai belső valóságra adott téves, nem sikeres, de mindenképpen az alkalmazkodást célzó reakcióknak

tartotta. Az akár testi mivoltunkat is érintő tünetek a későbbiek során nemegyszer éppen egy család mindennapjainak (torz) egyensúlyát biztosíthatják.

Gyakorta, a terápiás folyamat során, a téves alkalmazkodás feladásakor, előtérbe kerülhetnek gyermekibb, „éretlenebb” viselkedéseink, fantáziavilágunk, félelmeink, hogy új kapcsolatokban találjunk magunkra. Minden pszichés zavar, elakadás, lehet a fejlődés kiindulási pontja, minden váratlan helyzet teremthet zűrzavart bennünk, melynek újrarendezése érettebbé tesz, uraivá válhatunk saját érzéseinknek, gondolatainknak, indulatainknak még a számunkra nagyon fontos személyek és helyzetek közelében is.

A sérülés, egyensúlyvesztés, óhatatlanul feltétele a továbbfejlődésnek.”

Működésünk kialakításához, végig kellett gondolnunk, hogy milyen pszichológiai alapelvek mentén szervezzük tevékenységünket. A kulturális-történeti pszichológiai szemlélet, a fenomenológiai pszichiátriai megközelítés és a pszichoanalitikus gondolkodás integrálására törekedtünk gyakorlatunk alakításánál. A terápiás közösség számára releváns kultúrafelfogásban követjük egy korábbi munkánkban, a szigetvári pszichoterápiás rezsím működése kapcsán megfogalmazott kultúrafelfogás alapvetéseit. [Gál, Zalka 1994]

Az általunk kezelt mentális zavarok háttérében fellelhető biológiai alapzavaroknak nem a közvetlenül megragadható formáival, hanem viselkedéses szintű manifesztációival, kollektív olvasataival van dolga paciensnek és orvosának egyaránt, hiszen a tünet, mint “tünet” entitása a specifikus emberi működéshez kötött (szimbolikus aktivitás), társas, interakciós helyzetben artikulálódik. A zavarok leíró szintjei heterogenitása, úgymint: “percepció- és kognitív zavarok”, “viselkedészavarok”, “érzelmi és kapcsolati zavarok”, szintén tükrözi, hogy bizonyos biológiai mozzanatok megragadásához feltétlenül szükséges a társas szint. Ferenczi Sándor szellemi örökségéből – részben a „Thalassa” gondolatvilágából – három kulcsfontosságú mozzanatot emelünk ki melyet fontosnak tartottunk szemléletünk alakítása szempontjából.

Az egyik ilyen annak gondolkodási stílusnak a gyakorlati alkalmazása a teamszintű mindennapi munkában, amit Ferenczi “utrakvisztikusnak” nevezett [Ferenczi 1928], szembeállítva a „redukcionista” gondolkodással. Szerinte az élő és élettelen világ *komplex jelenségeinek* megértésében a valóság „emberi és nem-emberi” dolgai szemiotikai értelemben *mintázatuk* mentén összevethetőek, nem a „szubsztancia, hanem a minta”, mint *jelentés* a döntő a viselkedéses válaszban. Az ő kifejezésével “analógiák”, mai kifejezéssel izomorfiák révén megpillantható pl. egy paciens problematikájának, kötődési zavara stílusának, patológiája dinamikájának mintázata nyelvi kifejeződéseiben, a családi játszmarendszerben, a mozgáscsoport fizikális terében, az acting outok vagy a test betegségei formavilágában. De ugyanezek a mintázatok fejeződhetnek ki pl. a közösségi szintű felelősségek, feladatok képviselte, elvégzése során is, akár a kerti munka megvalósulásának hogyanjában.

A másik, számunkra fontos hangoltsági mozzanat – szintén Ferenczi világából – a jóság és a megengedés világa. Az eredendő jóság gyanakvásmentes és a sajátból feltöltődő állapota az Ferenczi szerint, ahová a terapeutának el kell jutnia és paciensét lehetőség szerint eljuttatnia a terápia során. Ez a – jó értelemben vett “pedagógiai” - szemlélet tükrözi a hitet abban, hogy eljuthatunk eddig az “eredendő” jóságig, és ha lelkében sérült a másik ember, működésében nem a hiányzó valamit kell hozzárendelni, megtanítani arra, vagy beletenni, hanem lebontani a természetes kiteljesedés – *saját adaptáció* – útjában álló gátakat, elakadást. [Ferenczi 1996] A közösség sajátja kell hogy legyen a bizalom ehhez, holding működésének etikája pedig a permisszivitás. A gyakorlatban a jóság elve jelenik meg értelmezésünkben abban is, hogy a közeg a szokásos korlátoknál jóval toleránsabb a szégyellt, a “külső” kultúra által blokkolt aszociális impulzusok kifejeződésével kapcsolatban. A paciens felé táplált szerető-, szimpátia-mozzanatok nem blokkolódnak acting out, destruktív mozzanatok kifejeződése esetén, legalább is nem az egész stáb szintjén. Fontos, hogy mindig maradjon olyan szignifikáns személy, aki elkötelezetten, feltétel nélkül elfogad és együtt érez, aki bízik abban, hogy a destrukció dekonstruálható és integrálható (elaborálható). A destrukció mozzanatai nélkül a korai élmények nem, csak a rámintázódott tünetek jelennek meg (nem oki, hanem tüneti “kezelés”).

Végezetül néhány gondolat a “kulturális felülírás” a “végtelen adaptabilitás” kérdéséhez, ami Ferenczinél a traumára adott – tünetképző – válasz potencialítására vonatkozik, de, ami, véleményünk szerint, a sérültségből induló gyógyulás adaptív folyamataira is áll. A terápia menete felfogásunkban annak támogatása, hogy az interakciók célja az elvárások artikulációja legyen a másik elvárásainak tükrében, cél a (saját és a másik) megértése, nem pedig elsődlegesen a másik ember valamely akcióra készítése, viselkedésének megváltoztatása.

E vonatkozásban, bár első hallásra talán furcsának tűnhet, a gyógyszer adása is elsődlegesen pszichológiai jelentésre tesz szert. A gyógyszer, elemi funkciókat befolyásoló hatása (hangulat, szenzoros szűrés stb.) egy személyközi térben olyan jelentéssel ruházódik fel a másikkal való dialógus során, mely jelentés interiorizálhatóvá válik, vagyis a viselkedés szabályozásának belső eszközévé. E felfogásban a pszichés fejlődés állomásai, amit keresztmetszetileg észlelünk pácienseinknél, és diagnózisban rögzítünk, csak egy holt lenyomata a páciens fejlődéstörténetének. Sokkal többet mond a változás potencialitásáról az, hogy egy számára fontos személy jelenlétében mit képes kezdeni tüneteivel, hogyan képes használni a másik kapacitásait változása érdekében. Így a terápiás beavatkozás hatékonyságát főként az határozza meg, hogy hogyan sikerül „patológiáját” kapcsolatilag a jelentések és tartalmak átdolgozásával értelmesen bekapcsolni a kultúra változó, alakuló szövetébe.

A terápiás működés kiindulóelemei

A közösség működésének összeállításakor, kezdetben, a számunkra elérhető – kéznéllevő – terápiás formák egymáshoz illesztéséből indultunk ki. A profilunkból adódóan kiemelkedő jelentőségű volt, hogy nonverbális, módszer-specifikus csoportterápiás aktivitásokat is rendszerbe tudjunk állítani. Így

- a módosított, analitikusan orientált, szelfpszichológiai – kötődésméleti háttérből kiinduló egyéni terápiás gyakorlat mellett

- a mozgás- és
- (aktív) zeneterápiás csoportok,
- a reflexív működésre szocializáló, “kreatív” technikákkal dolgozó szocioterápiás csoport,
- pszichodráma és
- a hagyományos intézményes gyakorlatból átvett nagycsoport jelentették kezdetekben a formalizált terápiás aktivitások tengelyét.

Már a közösségi élet alakításának formái voltak a “lazább” keretű, de tartalmilag a kapcsolati működést a fókuszba helyező klubok és az intézet területén megszervezett, *önfenntartást* célzó munkatevékenység. A kezdeti heterogenitásból – eklekticizmusból – adódóan fontosnak tartottuk, hogy az egyes terápiás aktivitásokat arra módszerspecifikusan képzett munkatársak vezessék, hogy egyértelműbb legyen a formák jelentése/identitása, világosabb legyen, hogy mi mentén kapcsolódhatunk.

A rendelkezésre álló terápiás formák összehangolt alkalmazhatóságán túl alapvetőbb kérdés és szempont volt annak a “kultúrának” az életrehívása, ahol a különféle érzelmi/kapcsolati/mentális zavarokkal küszködő személyek számára is kézenfekvő, releváns problémakezelő közegként jelennek meg az egyes terápiás aktivitások. A működési rend összeállításakor hamar világossá vált, hogy a felkészültségben és szemléletben erősen heterogén személyzetnek sokkal több időt kell fordítania magára, nőtt a napi személyzeti megbeszélések ideje és személyzeti csoport indult, külső szupervízorral. A zömében hagyományos, egyéb egészségügyi területéről jött nővérek és a terapeuták kezdetben igen komoly nyelvzavarral küszködtek. A gyökeresen eltérő szemléletből fakadóan rengeteg konfliktus volt az együttélés rendje, a “házirend” kidolgozása és megvalósítása terén, gyökeresen kérdőjeleződött meg egymás elvárásainak értelme: hogyan kell kapcsolatot tartani a betegekkel, a tegezés-magázás, a dohányzás, a ki melyik szobában lehet fiú-lány kérdései, az acting out viselkedés, a bevonódások kezelésének problémája. Idővel a személyzeti csoport tere vált a kultúraalakítás, a változás helyévé, kezdetben a paciensek problémái mentén tudtunk kapcsolódni a

sajáthoz, később ezekből a beszélgetésekből születtek meg a belső nővérképzés keretei és jelenhetett meg a személyzet tagjainak terápiás igénye is.

A közösség terápiás kultúrája az első években

A specifikus terápiás formák “helyrekerülésével”, közösségi jelentéseik meghatározódásával idővel testet öltöttek a terápiás működést szervező ideák. Ezzel párhuzamosan előtérbe került az a fajta “hatás” ill. működési mód, ami – túl az egyes terápiás formák pusztá összeadódásán - a teljes közösség sajátja, a teljes közösség, mint “élő organizmus” reakciómódja, kapacitása, kreativitása, felkészültsége. Fókuszba kerülnek a spontán – “véletlenül” – kialakult események, összeállások, történések, interakciók és ezek korrektív világa. Idővel annak megértése vált fontossá, hogy mi az, amit csinálunk, amikor nem csinálunk semmit, pusztán biztosítjuk a rendszer külső és belső határainak fenntartását. A valódi érzelmi motivációk megérthetővé válnak, melyek annak idején rejtetten, csak a külvilág véletlen mozzanatai érzékelésében jelentek meg. A rendelkezésre álló tér, mint a belső világ színpada, a benne lévő dolgokkal, növényekkel és állatokkal, személyzettel és betegtársakkal, az épület pincétől a padlásig, adja magát ehhez a tudattalan performance-hoz, bármi jelenthet egyszerre valami mást is. Ami működtetheti ezt a világot, az a *közös elfogadása és reflektálása* ennek, ezek a *játékszabályok*. Az életet fenyegető tartalmak és cselekvések realitását a közösségi kapcsolódások próbálják visszahelyezni a “lehetne” terébe, különben megszűnne a játéktér.

A közösség valósága sajátos „átmeneti tér”-ként is tekinthető. A potenciális tér, a winnicotti értelmezésben egy interszjektív világ, az élménymegélés köztes területe anya és gyermeke között, ami sem nem belső, sem nem külső, hanem a kettő egyszerre. Szerepe az, hogy az egyén a belső valóságát és a külvilágot el tudja választani, azonban kölcsönösségben tartsa [Winnicott 1999]. E kapcsolatban formálódó köztes tér milyensége végig kíséri felnőtt viszonyainkat

is. Winnicott szellemiségével mondhatjuk: ahol megbízhatóság és bizalom van, ott potenciális tér is van. A terápiás közösség potenciális tere szemiotikailag a belső és a külső, a pszichikus (szimbolikus) és a „társasan nyers” közötti, mindkettő minőségeit hordozó átmeneti tér. Antropológiailag és lélektanilag számos metaforika hordozója és éltetője ez a színházszerűség, ahol a tettek mégsem a nyers valóságot alakítják, a dolgok, technikai interakciók pedig szimbolikus jelentéssel bírnak. A család metaforikája is lehet ez, a nyers, külső kulturális valóság egyedi interpretációjaként, de ugyanakkor a múltból hozott kognitív minták, áttételi készenlétek megéledésének is a tere a jelenben. Nem a múlt, de nem is a köznapi jelen életvilága. Itt zajlik egyaránt a megtestesülés és a szavakba öntés drámája, itt oldódhatnak el az eddigi identitást meghatározó referenciák és egy köztes időszak után itt köttethetnek újra a realisabb kapcsolatok. Ami a kettő között van, az a többjelentésű, több múltbéli kapcsolódást magában foglaló, tarkább identitású, több utat kipróbáló átmeneti világ, ahol a személyes terápia narratívája adja a koherenciát. A közösségi kultúra és ennek átadódása, folytonosságának biztosítása alapvető jelentőségű a közösség átmeneti terének biztonságot nyújtó minősége szempontjából. Ez egy olyan potenciális tér, amelyben minél több egyéni valóság meg tud jelenni, annál inkább kirajzolódik egy reális, az objektívhez közelítő világ. E térben válhat lehetővé a páciensek számára külső és belső elkülönítése, a valóság felismerése és elfogadásának fokozatosan növekvő képessége. A közösség egésze, a közösség „teste” tartja meg ezt az egész világot, ahogyan tudunk munkálkodni saját kereteink megtartásán.

A terápiás közösség valósága a köré a kapcsolati erőfeszítés köré szerveződik, hogy a megjelenő patológiás kognitív – érzelmi és viselkedéses jelenségekkel lehessen valamit kezdeni társas szinten. Ez a társas valóság a kicsit játék, kicsit valóság színpada, a játéktér, pszichológiai értelemben, mindig valóság, hiszen csak társas értelmezési mezeje van. [Winnicott 1999]

Strukturált terápiás helyzetekben kerül fókuszba újra és újra a terápiás kapcsolat (mibenlétének) kérdése (“hogyan akkor minek ez a kapcsolat?”, mi az, hogyan terápia?,

mitől terápiás egy kapcsolat?”) és ezzel párhuzamosan a regresszív paciens érzelmi – kapcsolati szükséglete, igénye, aminek kielégítését a közösségtől, terapeutától várja. A közösség valós kielégüléseket korlátozó keretei tartalmazzák a terápiás kapcsolat megengedő – elfogadó érzelmi világát, ahol az együttlétnek – az említett módon – játékszabályai vannak, a kereteket megszemélyesítve közvetíti egy másik közösségi tag, aki nem feltétlenül a személyzet. Adott keretek között, a személyzet lehetőségeihez mérten igyekszik biztosítani a súlyosabb regresszív állapotokban megjelenő érzelmi/testi szükségletek közvetlen kielégítését. A közösség, miként a napi metaforikában is: “mint egy család”, hangsúlyosan hívja az áttételi viszonyulásokat. Ahogy a személyzet a patológiásan megformált világ, mint forma, elfogadása mellett a megjelenő érzelmi törekvésekhez (düh, gyűlölet, sóvárgás, függés, rajongás, félelem, vágy, stb.) kapcsolódni tud – konfrontál-korlátoz, békén hagy, elismer-megerősít – úgy törekszik a “vágyteljesítésre irányuló”, gyakorta igen destruktív impulzusokban megjelenő regressziót fékezni - kontrollálni. Másfelől adja magát, mint hordozó, azokhoz a “jóindulatú” regresszív folyamatokhoz, ahol kifejezetten megjelenik a belső világ kaotikus átélésével annak felfedezésének, megértésének és rendberakásának igénye, az újrakezdés. [Bálint 1994] Fontos hely a „kötődési háromszögben” a leválás mellett a nem-kapcsolódás helye is, mint „integrációs”, kreativitást megengedő hely, az egyedüllét. [Holmes 1997]

Működésünk második, harmadik évében lett számunkra nyilvánvaló, hogy az a praxis, melyet követünk, a pszichoterápiás módszerek integrációja, a közösségi élet komplexitásának megértése és „használata” beilleszthető egy már létező entitás kereteibe, világosság vált, hogy amit csinálunk, az a „terápiás közösség” intézményének egyfajta megvalósítása. Onnantól kezdve építettük ki együttműködésünket a terápiás közösségek nemzetközi hálózataival és fejlesztő színtereivel, onnantól kezdve tudtuk magunkról, kik is vagyunk, legitimációs törekvéseink jelentősen hatékonyabban érték célt.

A közösségi hatékonyság elemei

A továbbiakban a terápiás közösség hatékony működése szempontjából kulcsfontosságúnak gondolt megfontolásokat és jelenségeket foglaltuk össze, a következő öt kategória alapján:

“Attachment (kötődés)”:

A különféle kognitív, érzelmi, kapcsolati problémákkal „behozott”, pervazív módon zavart kötődési mintázatok típusainak, kapcsolati érvényességének felismerése; kontrolligény, függőség és felelősségelhárítás kezelése a biztonság- és megkapaszkodási igény kielégítésével.

“Containing (tartalmazás – elviselni egymást a hajóban)”:

A közösség integritása (az alapvető szabályok) megtartása mellett teret adni a patológiás tartalmak, destruktív impulzusok megjelenésének, ugyanakkor ezek értelmének feltárása. A normatív szabályozás a kapcsolati jelentés bevonásával történik. Hogy „mi fér bele”, az a saját terápiás erőfeszítéshez viszonyítva dől el.

“Holding (tartás – nem hagyni kiesni senkit a hajóból)”:

A „container” funkció személyzet által történő megszemélyesítése „akkor és ott”, a legmegterhelőbb szerepviszonyok világa, kapcsolatban tartás, határ- és mértéktartás, a felelősség képviselése, mindezek tekintetében az érzelmi- kapcsolati szükségletek közvetlen kielégítése (testi kontaktusok, együtt mozgás, zenélés, evés, stb.)

“Kommunikáció”:

Törekvés a nyílt, közvetlen kommunikációra; sok nonverbális aktivitás, eltérő kommunikációs modalitások ötvözése, a reflektív gesztusok, a mentalizációs működések támogatása, a tüneti (privát) nyelv társas relevanciájának feltárása. A verbális kifejeződés támogatása a cselekvéses kiélés helyett. Játékosság, mint a megengedő és egyeztetéses társiasság tere.

“Közösségi erőfeszítés”:

Az együttműködésünk alapjául szolgáló alapelvek, normák és szabályok kölcsönös érvényességének fenntartása az ezek értelméről folytatott folytonos diskurzusban, a rendszer külső és belső határainak működtetése. A közösség „terápiás” kultúrájának, hagyományainak életben tartása, kölcsönös támogatás a felelősségvállalás, terápiás erőfeszítések, problémamegoldás terén. A közösség működési kereteinek folyamatos diskurzusba vonása, megkérdőjelezése, döntéshozatal.

Kritikai pillantás a kezdetekre

Markánsan rajzolódik ki, jó tíz év távlatából az az út, amit a közösség megtett gondolkodásában, differenciáltságában, identitása alakulásában. A kezdeti évek gondolkodását és tapasztalatait tükröző leírásban – a mára kialakult kép háttérén (lásd később) – jól megragadhatóak azok a kétséges mozzanatok, amik indulásakor segítettek, ám a kezdeti évek után inkább problémát jelentve nehezítették a fejlődés útján a közösség életét. Az egyik ilyen dinamikus konfliktust jelentő kettősség a pszichoterápiás paradigma és a terápiás közösség, mint módszer összeegyeztetése volt, a másik pedig az intézmény szervezeti valóságát meghatározó együttműködési helyzetek kezelésének módja és mikéntje, a szervezeti kultúra és a terápiás közösség „terápiás” kultúrája közötti különbség felismerése és kezelése.

Az intézmény indulásakor erős legitimációs bázis volt meghatározott módszerspecifikus pszichoterápiás aktivitások rendszereként leírni a közösség terápiás lényegét, a „közösség” mindaz volt, ami a pszichoterápiás aktivitások *közötti mátrix*, mégha az aktivitások ebben a kontextusban meghatározódó jelentését is vettük is a rendszer építkezésekor alapul. A pszichoterápiás gondolkodásmódunk ekkor a klasszikus „pszichoterápiás rezsim” gondolkodásához állt közelebb, ahol a közösségi alapú terápiás térben a paciensek folyamatosan egy integráló, reflektív személyközi térben vannak, de ahol a

közösség, mint önálló korrektív ágens még nem konstituálódik a résztvevők fejében, markánsabban jelen van a személyzet és paciens közötti felkészültségbeli különbség. A helyzetet nehezítette, hogy abban az időben Magyarországon még nem volt legitim, finanszírozott, „pszichoterápiás” eszközökkel, egységes rendszerként működő egészségügyi szolgáltatási forma. Ez azt jelentette, hogy intézményesen egy pszichiátriai rehabilitációs osztály feltétel- és finanszírozási keretei között lehetett csak rendszerszintű pszichoterápiás szolgáltatást nyújtani. Lévén a pszichoterápiás feltételrendszer „drágább” szolgáltatás (a magasabb szintű, drágább képzettségek miatt), nagyon nehézkes volt a pszichoterápiás rendszert fenntartani, fejleszteni.

Idővel, ahogy egyre világosabban érzékelhetővé és érthetővé vált számunkra, hogy a közösségi (együtt)működés, mint önálló entitás, hogyan jelenthet minőségileg más és hatékonyságban sokat hozzáadó erőforrást, úgy vált a team számára egyre tudatosabban képviselt gondolkodási keretté a „terápiás közösség” önálló „módszere”. A közösségi aktivitások differenciálódásával, a felelősségi körök, feladatok, reflexív szinterek egymásra épülő és egymás hatását erősítő világának hatótényezőit és működésmódját egyre nagyobb kihívás volt összeegyeztetni a pszichoterápiás szinterek hasonló elemeivel. Kifejezett konceptuális nehézség volt az akkor még két különálló paradigmának tételezett diskurzus egymásban – megértése. Később, a terápiás közösség nemzetközi szintereihez való kapcsolódással, sikerült ezt a kettősséget meghaladnunk, a terápiás közösség, mint önálló, dinamikus paradigmában dolgozó közösségi alapú pszichoterápiás „módszer”, egészében vált értelmezhetővé, ahogyan azt, a közösség, mint speciális ágens hatótényezői elemzése során a későbbiekben kibontjuk. A gondolat, ami egységesen értelmezhető koncepcionális keretbe foglalja a praxist, az a közösség, mint kollektív (pszichoterápiás) ágens megértése volt.

Függetlenné vált szervezetként abban a helyzetben találtuk magunkat, hogy a professzionális team felelőssége egyben az intézmény infrastruktúrájának megteremtése, az adminisztratív – pénzügyi folyamatok, eljárások megfélelőségének biztosítása és az intézmény szervezeti kultúrájának felépítése is. A különféle szakfeladatok delegálásával, a megfelelő munkatársak

megtalálásával kiépült egy jól működő infrastruktúra, viszont a szervezeti együttműködési nehézségeinket – nem lévén professzionálisan más eszköz a kezünkben – továbbra is a pszichoterápia személyközi működésére, kapcsolati szabályozási eszközökre épülő módján igyekeztünk menedzselni. Ez nem tudatos döntés volt, éppen hogy annak a hiánya, így, utólag látva a helyzetet. Tíz év elteltével, sorozatos szervezeti krízisek átélése után jutottunk el professzionális szervezetfejlesztő partner bevonásához. A velük való közös munka eredményeként stabilizálódott szervezeti életünk, a folyamat, melyre a zárófejezetben részletesebben visszatérünk, legfőbb tanulsága az volt, hogy a terápiás közösség személyes változást célzó utópisztikus érték, norma és szabályrendszere nem alkalmas egyben egy létező szervezet külső – belső érdekviszonyait is kezelni, egyszerűen, más normák kell, hogy érvényesek legyenek a szervezeti életben. Szervezetet „csinálni”, még ha annak célja a személyközi kapcsolatok reparációja is, nem terápia. A szervezet egyik funkciója a terápiás közösség, ennek tapasztalatai visszahatva, „humanizálják” a szervezetet, a szervezet óhatatlanul represszív, belső (és külső) ellentmondásainak átdolgozása tovább legitimálja a terápiás közösséget.

A továbbiakban a személyes változáshoz szükséges közösségi feltételek rendszerét tekintjük át: a közösség belső tagoltságát, a részek funkcióit, folyamatokat és a meghatározó struktúrákat.

2.FEJEZET

A Thalassa Ház terápiás közösségének jelenlegi működése: funkciók és struktúrák

A közösség tagoltsága, funkciók, felelősségek és feladatok – az agencia kondicionálása

„Ágencián a cselekvő és akarattal rendelkező szubjektum azon képességét értjük, hogy a fenálló társadalmi és társas strukturákon belül élni tud a választás lehetőségével, azaz képes másként is cselekedni.” [Rosengren 2008, p. 79] Képes másként cselekedni, képes mérlegelni az alternatívákat, képes markáns határfelületként kezelni a belső – pszichikus – valóságot és a személyközi cselekvés világát, és főként, képes cselekedeteinek következményét felmérni, arra reflektálni, felelősséget vállalni. A terápiás közösség világában számos folyamat és funkció definiált, a közösségi élet fenntartását, gördülékenyebbé tevését szolgálják ezek. Ezek megszűntével a kórház intézménye persze működne tovább, de klinikai output teljesítményünk nagyságrendekkel esne vissza és enormis erőforrásbefektetést igényelne a tüneti jelenségek klasszikus medicinális paradigmában való kezelése. Az alább részletezendő felelősségi körök érvényesítése, a feladatok elvégzése és a folyamatok fenntartása olyan személyközi, reflektív érzékelést és aktivitást feltételez, ami lényegileg „gyógyít”, azaz korrektív módon befolyásolja a személyes pszichofiziológiai egyensúly fenntartását, kapcsolati szabályozását. „The task is a tool!” – ahogy a terápiás közösségek világában a konkrét, elvégzendő feladatban megragadható reflektív potenciálra utalnak. Egy egyszerű, akár csak két ember együttműködését igénylő társas feladatban való részvétel minősége, az együttműködés felelősségének személyes értelmezése, a cselekedetben megvalósított kooperativitás, az igények, elvárások és eredmények kommunikációja, a feladat közösségi jelentésének megértése, mind – mind kíváló lehetőség az önismeret, a személyes változás értelmezésének útján. Természetesen, a közösségi aktivitások világában, személyzet és paciensek szimmetrikusabb viszonyban, felkészültségben egymáshoz közelebbi pozícióban vannak, mint a pszichoterápiás aktivitások világában. A közösség tagoltsága különféle helyzetekben különféleképpen alakul, de a közösség alapvető tagoltsága adott. A közösséget alkotó tagok kölcsönös tudássá [Hamp 2006](lásd később) szerveződő közös tudása adja azt a többletfelkészültséget, melyben való részesedés által elért kommunikatív állapot releváns a paciens belső ellentmondásai problematizálása ill. megoldása terén.

A kollektív felkészültség itt az individuális felkészültségek egymásra vonatkozását jelenti, ennek alapja a kölcsönös felkészültség teste. Ezek azok a felkészültségek, amiket csak a közösség, mint egész tud. Az egymásra

vonatkozás intencionáltsága több dimenziót jelent (innen a komplexitás, mint erőforrás), messze nem csak a verbális viselkedést, nem csak a pszichoterápiás aktivitások világán belüli dimenziókat jelenti. Ilyen kollektív felkészültség jelenik meg abban pl. ha egy esemény releváns (problémakezelési) dimenzióját szeretnénk megtalálni. Gyakran csak konstatáljuk nyilvános térben, mi történt – ez az expozíció – és ez játékba hoz több dimenziót (mit jelent ez itt és itt, a különféle színtereken. Hangsúlyos ez a köztes terek – a TK „igazi” világában. Miképpen gondolkodunk arról, *ahogyan* éppen gondolkodunk valamiről: a konzisztenciaigény értelmes összképre törekszik, az egyes elemek pszichológiai, pszichoterápiás modalitásbeli, közösségi értelmezéseit illesztjük: nagyon gyakori kérdés személyzetben a „miért?” (gondolod ezt, döntesz így), pacienseknél az össz - közösségi aktivitások (nagy csoport, pszichodráma, fejlesztések, lásd később) reflektálnak a csoportokra és egymásra. Az „így és így együttlétre” reflektálunk. Ez kapcsolati integrációt is jelent, sok motívum a személyes beállítódásokban, azonosulásokban jelenik meg. A reflektált önreflexió oly módon jelenik meg, hogy az önreflexió eleve a reflektáltság terét elővételezve (dialogikusan, a másikat várva) jelenik meg – ez a kollektív ágens egy felkészültsége.

Az intézmény adja a szervezeti kereteket a közösség működéséhez. A közösség összetétele – értelemszerűen – paciensekből és személyzetből áll. A személyzet, speciális felkészültségén túl, hozza kultúránk jellegzetes, hétköznapi mintáit, attitűdjeit a személyközi, társas, közösségi jelenségek kezelésének terén. Ezek a mozzanatok főként a közösség reflexivitást, szolidaritást, kölcsönösséget és konszenzust érintő diskurzusaiban jelennek meg markánsan, ezeken a területeken kell a legtöbb tisztázó dialógust folytatnunk. Személyes szinten a személyzet is megjeleníti természetesen ugyanazokat a patopszichológiai jelenségeket, melyeket a paciensek, avval a különbséggel, hogy mindezt érettebb, kontrolláltabb, nagyobb megküzdési potenciált mutató színvonalon teszi, egy szóval, ebből a szempontból, a személyzet azokból az emberekből áll, akik együtt tudnak élni a problémáikkal és / vagy már keresztülmentek egy személyes terápiás / sajátélmény folyamaton. A paciensek által „behozott” hangsúlyos pszichikus, személyközi zavarok nyersebbek, impulzívabban jelennek meg és ami a lényeg, nagyságrendekkel destruktívabbak. Ezek:

- markáns anomias, kaotikus közösségi képet rajzolnak ki;

- jellemzően transzgresszív személyközi stratégiákkal élnek;
- agenciavesztett, áldozati, dependens alanyi pozíciót feltételeznek a saját és
- jellemzően teleologikus gondolkodási stílussal üldöző, leértékelő, elhanyagoló pozíciót a segítő oldaláról;
- meghatározó érzelmi beállítódás a hiány, a düh, fájdalom és szorongás, lehangoltság, ill. mindezek belső és külső környezet felé irányuló elhárítási stratégiái: a kínzó, fenyegető impulzusok másoknak tulajdonítása, felelősségelhárítás és konfliktuskerülés, hangsúlyosabb agresszivitás ill. erotizálása a személyközi helyzeteknek.

A terápiás közösséget alkotó két nagy csoport – a személyzet és betegek csoportja – is további alcsoportokra tagozódik. A személyzetben elkülönülnek a klinikai munkát végző team és az intézményfenntartásért felelős gazdasági – adminisztratív személyzet alcsoportjai. A klinikai team erősen tagolt, alapvetően az ún. „kezelőkre”, „terápiás munkatársakra”, „külső csoportvezetőkre” és „nővérekre” tagozódik. Felelősségi és adminisztratív szinten az egyes kezelők „jegyzik” az egyes betegek terápiás folyamatát (klasszikus medicinális modell, az egészségügyi kontextusból adódóan), a kezelők jellemzően pszichiáter, pszichológus képzettségűek, egyaránt pszichoterapeuták, vagy a képzésükben jelöltek, ebből adódóan jelentősebb sajátélmény tapasztalattal, nagyobb jártassággal a professzionális önismeretben. A szakdolgozók a klasszikusabb medicinális szakképzésből jönnek, vagy más, pszichiátriai paradigmában dolgozó intézményből, számukra nagyobb kihívás a pszichoterápiás gondolkodás, a kifejezettebb személyes bevonódást igénylő pszichoterápiás munkamód, az önismeret szükségessége. A betegekkel kezelőpárban dolgozik terapeuta – kezelő és nővér, közösségi, szocioterápiás aktivitásokért felelnek szocioterapeuták (terápiás munkatársak) egy függetlenebb pozícióban. Az ügyeleti időszakban főként nővérek vannak jelen. A mindennapi személyközi, szervezeti dinamikában erősen megjelennek az eme tagoltság határfelületein artikulálódó konfliktusok.

Mindezeket külön színtereken (lásd később) igyekszik a közösség kezelni, ilyen a nővérek számára működtetett esetmegbeszélő Bálint – csoport ill. a személyzeti csoport.

A paciensek nagy csoportja további, kisebb funkcionális egységekre, ún. *kaptárakra* tagozódik. A közösségnek akár 50 pácienstagja is lehet. A nemzetközi találkozások során azt tanultuk, hogy ilyen nagy méretben nehezített lehet azokat az értékeket közvetíteni, amit kisebb egységekben könnyebben elsajátítanak a tagok, ezért kialakítottuk a kaptárrendszert. Egy kaptárba kb. 10 – 12 paciens tartozik. Egy kaptár paciensei alkotnak egyben egy verbális szabadinterakciós csoportot is (lásd később). A kaptárakhoz tartoznak a közösségi önfenntartást szolgáló alapvető feladatok, funkciók, ezek rotációja kaptáranként történik. A kaptárakon belül *mentori rendszer* működik (lásd később). A kaptárak delegálnak „küldöttet” a közösségi szintű feladatok szervező, értékelő és fejlesztő alcsoportjaiba (lásd később). A kaptárrendszer értelme – azon túl, hogy funkcionálisan kezelhető méretű csoportok együttműködése adja ki az össz-közösség életét – a felelősség, autonómia és kooperativitás / szolidaritás személyközi valóságának megteremtése, oly módon, hogy, a később említendő reflexív színterek segítségével, *szinte* egy időben zajlik kondicionáltan valamely közösségi mozzanat megvalósítása és annak személyes reflexiója. Valamely helyzetben való személyes részvétel minőségének (és annak motívumainak) felismerése a mások visszajelzésén keresztül, és mindezt kölcsönösen, elválaszthatatlanul együtt jár a (külső és belső) határok kialakulásával és azok respektálásának igényével. A kaptártagok számára a verbális szabadinterakciós dinamikus kiscsoport intimitásában nyílik lehetőség, hogy az élményeik révén felismert motívumaik nyomán teljesebben rekonstruálják élettörténetük narratíváját.

Kaptár – szintű feladatok:

- *közösségi terek takarítása;*
- *csoportoknak megfelelő teremrendezés;*
- *étkezésekhez kapcsolódó teendők;*

- *felelős delegálása a közösségi szintű feladatok elvégzéséhez.*

A közösségi szintű felelősségi körök egy – egy közösség által választott felelőshöz tartoznak, mindegyik terület feladatairól részletes leírást dolgozott ki a közösség. A régebben terápiában lévő, kapcsolati munkára szocializáltabb páciensek különböző felelősségi körök közül választhatnak. Ezen felelősségi körökhöz tartozik:

- *az étkezésekkel kapcsolatos feladatok koordinálása, az étkezések feltételeinek megteremtése.* Ez az a felelősségi kör, ahol a legkonkrétabb módon, a legközvetlenebbül kapnak visszajelzést a tagok arról, hogy az elemi szükségletek kielégítésében az egymásrautaltság miatt felül kell írniuk dependens, adott esetben a tüneti kommunikációra épülő személyközi stratégiájukat, hiszen a szenvedélyes impulzuskiélés, elkerült konfliktus, eltolt felelősségképviselet eredménye az lehet, hogy nem lesz vacsora.

A hétfégi életmódcsoport belső feladatelosztása mindig kritikus folyamat, ez a csoport készíti elő az étkezéseket a többi közösségi tag számára. hangsúlyosan megelevenednek ilyenkor a hozott interakció – minták, a „hazai”, a konyhai környezetben. Távolabbi vidékről, súlyosan traumatizáló családból származó férfpaciensünk nehezen tudott kooperálni, vagy mindent maga akart kontrollálni, vagy otthagyt csapot – papot. Egy alkalommal társai nem fogadták el felajánlását egy feladatban való résztvállalásban, ő megbántódott, és egész hétfégén nem evett az ételből, amit társai előkészítettek neki, ahogy később fogalmazta „dacos kisfiúvá vált, aki úgy érzi, semmi eszköze nincs a környezete befolyásolására”. Egyik nagycsoporton idézte föl ezt a helyzetet, hozzátéve, hogy megjelentek maga előtt a gyerekkori reakciói, kiszolgáltatottsága és a mostani helyzet, hogy ugyanúgy reagált, bár messze nem voltak bántóak a társai. Világossá vált számára, hogy a régi reakciókat a végtelenségig lehet ismételni, a régi interakció – mintázatokat folyamatosan kiprovokálni, ám a társak, a realitás figyelembevételével a különbségtétel is lehetséges, ez persze a jól ismert és biztonságos reakciómódokról való lemondással is jár természetesen, a félelmetes változás kapujában találta magát.

- *a hétfégi aktivitások megszervezése.* Ez a felelősségi kör koordinálja, hogy, ha egyéb szempont nincs, ki hogyan osztja be jelenlétét a hétfégi

közösségi életben. itt dől el a hétféle „menü” és az elvégzendő feladatok köre. Markáns érdekegyeztetés és konfliktuskezelés terepe.

- *a kert rendbentartásának koordinálása.* Az intézethez nagyméretű park, füves terület és gyümölcsös, veteményeskert tartozik. A kerttel való munkálkodás egyrészt a természet ütemében ritmizálja a közösség életét az évszakok szerint, másrészt, a ráfordított erőforrástól függően, segíti az önfenntartást, amilyen mértékben az étkezésekhez hozzá tud járulni gyümölccsel, zöldséggel. A természet a maga ritmusában fejlődik, regrediál, a fű nő, a növények elszáradnak, ha nincs víz, ez olyan, vágyaink és félelmeink által „felülírhatatlan”, elodázhatatlan aktivitásra ösztönöz személytelenül, ami az élettel kapcsol össze.
- *a betekintő – csoport összeállítása.* A mentorrendszeren túl, a közösség ún. „betekintő” fórumot működtet a csatlakozást elősegítendő. Hetente egy alkalommal, a közösséghez csatlakozni kívánó új paciens első interjúja után lehetőség van az intézet működésébe betekinteni, két – két paciens fogadja forgó rendszerben az érdeklődőket és igyekeznek képet adni az itteni életéről. Ennek a fentebb említett aktivitásnak a koordinálása azt a felelősséget jelenti, hogy képviselője felmérje egy közösségi tag jelenlétének mintaadását, kerettartását, közösségi értékeket animáló jelenlétét és e szerint döntsön. Az aktivitásból való alkalmi kihagyás gyakran konfliktussal jár, vagy éppen a személyzettel való konfrontációhoz vezet, lévén vétőjoga van a kezelőnek.
- *szabadidő szervezése.* A közösség világában a „konfliktusmentes” terep lehetősége, autonóm közösségi indíttatás konkretizál társas igényeket, intenzív diskurzus a személyzettel a keretekről, azok feszegetéséről: sportolás, házi színház, jogacsoport, kreatívcsoporthoz, angoltanfolyam, számítógépes ismeretek, közös kirándulás, stb.
- *fejlesztés koordinálása.* Közösségi szintű intézmény az ún. „fejlesztés”. Minden kaptárban egy arra választott tag gyűjti össze a napi működés problematikus területeit, kezdve a keret – problémáktól (lásd később) az intézményfenntartás, fejlesztés kérdéséig. Ide tartozik a közös helyiségek,

közösségi élet feltételrendszerének javítása, a kert hasznosításának kérdései, az együttműködés csiszolandó, szabályozandó pontjai, támogató partnerek keresése, stb. Ezeket a kérdéseket a kaptárak erre választott fejlesztő – delegáltjai megbeszélik, priorizálják és a havonta egy alkalommal a teljes közösség részvételével tartott fejlesztői összejövetelen döntéseket hozunk a megvalósításról. Itt a személyzetnek szavazati ill. vétójoga van, folyamatos diskurzusban rajzolódik ki, hogy mi az, ami intézményfenntartási és terápiás közösségi koncepcionális kérdésként a személyzet felelőssége, nem szavazható és hol a határa ennek, ahol a teljes közösség artikulálhatja igényét szavazat formájában. Ez az a színtér, ahol intenzív dialógusban születik megegyezés valamely nem tiszta, következtelen szabályozási mozzanatról, értelmetlennek tartott szabályozásról. A személyzet gyakran itt szembesül, hogy különféle alcsoportjai révén egészen eltérő álláspontot jelenít meg a paciensek felé. Ilyenkor, akceptálva a visszajelzést, ha szükséges, a személyzet egy külön fórumon tisztázza a kérdéses mozzanatot, konszenzusra jut, dönt és erről visszajelzést ad adandó alkalommal (lásd később: „Az órarend”). Itt tisztázza a közösség, hogy milyen ügyben ki dönt és miért, ha ez szükséges. Szintén a „fejlesztés” a színtere az egész közösség működését meghatározó alapelvek, normák és szabályok értelmének tisztázásának, az együttműködési keretek értelmezésének. A verbális kifejeződésében gátolt, verbális kompetenciájában beszűkültebb közösségi tag egyik agencia – élménye lehet, ahogy, ha szavakkal nem is, de kézfeltartásával hatással lehetett a közösségi élet alakulására. Gyakorta átéljük, hogy a közösség néhány szóvivője felvet egy változtatási javaslatot, ellenvélemény nem hangzik el, majd a szavazásnál alulmarad a kezdeményezés. A fejlesztési összejövetelekről jegyzőkönyv készül, az ott született döntések megvalósítását egy hónappal később tekintjük át.

Közösségi fejlesztéseken kerül szóba mindenféle elromlott, tönkrement használati eszközünk javítása – cseréje. Igen tanulságos folyamat, ahogy a paciensek zöme képviselte passzív – kiszolgáltatott pozíciót felváltja az ágens, proaktív pozíció, élénk egyeztetéssel, együttműködéssel. A közösség egészének „mintha realitása” ugyanakkor végig jelen van, mindnyájan tudjuk, ill. folyamatosan tudatosítani próbáljuk, hogy „the

task is a tool”, és az elromlott mosógép bajának megállapítása, annak felmérése, hogy javítható-e, avagy kerítsünk újat, az ebben a folyamatban való részvétel mind – mind eszköz ahhoz, hogy megértsük magunkat a társas helyzetekben, azonosítani tudjuk érzelmeinket, döntéseinkben szerepet játszó motívumainkat. Természetesen a folyamat hatékonyságának egyik jele a használható mosógép is. Így került sor arra egy nyáron, hogy 5 hetes folyamat volt egy elromlott mosógép ügyének rendezése, míg a végén erre rátekintve sokaknak világos lett, mitől nehéz részt vállalni, dönteni, magunkat képviselni.

- *mentori rendszer koordinálása.* Minden érkező új paciens mellé egy régebb óta, legalább négy hete a közösségben lévő paciens kerül három hétre, aki támogatja az új tagot az írott és íratlan szabályok, normák megtanulásában, az együttműködés kialakításában, a kapcsolati munkára való szocializálódásban.

Eme felelősségi körök képviselői hetente tartanak csoportos megbeszélést egy személyzeti taggal kibővülve (lásd órarend), ahol értékeli a közösség munkáját, a felelőségek képviselőinek színvonalát, elemzik a problémákat, saját terápiás folyamatuk szempontjából releváns mozzanatokat azonosítanak és pontosítják, kiegészítik a felelősségi körök teendőinek leírásait.

Hangsúlyos mozzanat, hogy hogyan adják tovább a közösségi felelősségi körök gazdái – mandátumuk lejártával – a stafétát egy új tagnak. A közösség aktuális hangoltsága, érzelmi alap – munkamódja, együttműködési színvonala, összességében a terápiás folyamattal, alapelvekkel kapcsolatos attitűdje fejeződik ki abban, mennyire fontos az utód megtalálása, betanítása, az új tagok mennyire érzik fontosnak ennek továbbvitelét (mennyire bíznak a közösségben), egyáltalán, a közösségi kultúra aktuális állapotában mennyire értékelt a felelősségvállalás mozzanata. A paciensek alcsoportja autonóm működésének záloga a személyzettel való nyílt, bizalmi és óhatatlanul konfliktusos viszony, a kapcsolat teherbíróságának csökkenése, a bizalom veszteségének első jelei mindig a közösségi felelősségek eltolása. Kritikus pontokon van úgy, hogy valamely feladat nem talál gazdára, akkor megszűnik az a funkció és megjelenik a kérdés: ez most kinek fontos? Hetek telhetnek el úgy, hogy nélkülözzük pl. a betekintő csoport

működését. A személyzet jelzi ennek – számára nyilvánvaló – szükségességét, a paciensek csoportjában megjelenő közösségi ellenállás eredőjének feltárásán, a közösség destruktív motívumain a megfelelő szintereken dolgozva, a személyzet részét valamelyest tisztázva aztán megjelenik egyszercsak a megoldás, valaki kézbeveszi a feladatot, megszervezi a csoportot és az újra működik. Az ilyen folyamatok révén megszerzett közösségi tudás, annak feltárása, hogy pl. a társas helyzetben nem tematizált maszív agresszív vagy erotikus impulzusok, irigység, féltékenység, rivalizáció és bűnbakképzés mechanizmusai hogyan szűkítik be a közösség társas teljesítményét igen értékesek. Ez a közös tudás az áthagyományozódásával gazdagítja a közösség életvilágát, stabilabbá teszi a külső és belső határokat, növeli a közösség, mint kollektív terápiás ágens hatékonyságát.

Strukturák a dialógushoz – a konfliktusok kondicionálása

Strukturális értelemben két nagy rendszert tekintünk a közösség felépítését és határait biztosító konstrukciónak: az egyes szinterek határait térben és időben kijelölő „*órarendet*” és az együttműködés alapvetően fontos személyközi határait kijelölő *érték-, norma-, és szabályrendszert*, mint egyfajta közösségi kognitív struktúrát. Ehelyütt az órarend kirajzolta struktúrát tárgyaljuk, az érték-, norma-, és szabályrendszert az I. rész 2. fejezete tárgyalja.

Az órarend

Tekintettel a hozzánk érkező – traumatizált – paciensek által „behozott” pszichés, személyközi zavarok természetére, napi működési rendünk erősen strukturált.

Az együttműködés érdekében kialakított tér – idő struktúra célja alapvetően

- a rendszer külső és belső határainak fenntartása,
- a differenciált személyközi szinterek minőségeinek és funkcióinak fenntartása.

Világos határok jelölik ki a teret a „csináláshoz”, a konkrét fizikai munkához, a dramatikus élményekhez és a dialógusokhoz. Ezek a határok biztosítják a reflexív pszichés működésmódok megjelenését akár egy munkafolyamat megbeszéléséről van szó, akár az expresszív dinamikus verbális kiscsoportok működéséről. A struktúra érzelmi biztonságot ad: az általa moderált folyamatok érzelmi hatása nem áraszt el és nem hagy magára, kondicionálja a konfliktusokat, így azok biztonsággal megküzdhetők;

A hét struktúrája „kicsiben” követi a pszichés „érés”, a név eredeténél említett „thalassa” gondolat mintáját: a nonverbális, test – állapotok és kapcsolódások érzékelésére építő pszichoterápiás aktivitások a hét elején, a reflektáltabb, szimbolikus eszközökkel inkább dolgozó performatív – dramatikus és verbális csoportok a hét második felében vannak. Pacienteink alapvető nehézsége, hogy saját pszichofiziológiai állapotaik szimbolikus (társas relevanciájú) megragadása és verbális kommunikációs kompetenciájuk nagyban sérült, így a közösségi agencia hangsúlyosan irányul a verbális kompetencia elsajátítására. A struktúra erős differenciáltságot tükröz, a különféle pszichoterápiás aktivitásokon egyéni indikáció alapján vesznek részt pacienteink, a közösségi programokon a megfelelő szerepeink szerint veszünk részt. Együttműködési struktúránk egyfelől biztosítani hivatott a személyes terápiás folyamatok optimális alakulását, másfelől magának a közösségnek az önfenntartását biztosítja, konkrét és átvitt értelemben is. Ahogy a két folyamat bevezetőben említett egylényegűsége világossá válik a tagok számára a reflexív szintereken, úgy erősödik, tartja fenn magát ez a közösség.

Az órarend (lásd **Függelék, 1.**) különféle típusú szintereket definiál, melyeket alapvetően a következőképpen oszthatunk föl:

- pszichoterápiás és szocioterápiás szinterek – közösségi aktivitások szintere;

- személyzeti részvétel – paciens részvétel – közös részvétel szinterei;
- cselekvő, performatív szintek – reflektív, verbális szintek;

Pszichoterápiás, szocioterápiás szintek: itt a személyzet indikációja alapján vesznek részt paciensek, a kompetens tudást a csoportvezető hozza be a csoportba „kívülről”, a csoportok célja az intrapszichés kommunikációs gátak, szétkapcsolt alrendszerek feloldása, integrációja a személyközi aktivitásokon keresztül játékba hozott speciális tudás terében. Ezek a csoportok alapvetően nonverbális, dramatikus és verbális (pszicho-) terápiás aktivitásokat jelentenek, jellemzően minden csoportaktivitás reflektáló – verbális résszel zárul:

- *mozgásterápia*, nonverbális: fókuszbán a testélmény, testhatárok, bizalom, kontroll, a sajátállapot kontrolljában a másik bevonásának mértéke; fő indikációs területe a súlyosabb narcisztikus, borderline zavarokkal küszködő, főként dezorganizált, ambivalens kötődésű paciensek;
- *zeneterápia*, nonverbális: fókuszbán a valóságérzékelés differenciáltsága és az indulati élet összefüggései, hangoltság, illeszkedés, improvizációban saját mérték, hang; fő indikációs területe a pszichotiform zavarokkal, masszívabb indulati elakadásokkal küszködő paciensek;
- *művészetterápia*, nonverbális: fókuszbán a szimbolikus határvidéke, nem – nyelvi eszközök a saját megjelenítésében, tudatelőttés, szétkapcsolt pszichikus tartalmak motivikus megjelenítése, az alkotásélmény autonóm, konfliktusmentes vidéke; fő indikációs területe az affektív és gátolt, szorongásos zavarokkal küszködő paciensek;
- *szocioterápia*, ötvözött: fókuszbán a kapcsolati, pszichoterápiás együttműködésre való szocializálás, az érzések, gondolatok, sajátállapot megosztásának gyakorlása, szintere a „Befogadó” csoport és a kortárs „Serdülő csoport”;
- *pszichodráma*, performatív: fókuszbán a narratív töredékek megjelenítésében, a cselekvésben felismert (ismeretlen) saját rész, motívum.

- *dinamikus szabadinterakciós kiscsoport*, verbális, nem indikáció alapján kerül be paciens, hanem alapértelmezetten egy kaptár minden paciense jelen van itt: tisztán verbális csoport, a pszichikus integráció egyik fő terepe, feltáró – integráló modalitásokkal, technikákkal.

Közösségi szinterek: jellemzően a teljes közösség, vagy annak egy funkcionális csoportja vesz részt, bizonyos, a közösségi életre reflektáló, vagy annak fenntartását szolgáló aktivitásokon csak paciensek vannak jelen. Egyes közösségi aktivitások tisztán cselekvésre, fizikai munkára épülnek (létesítményfenntartás, feltételrendszer megteremtése, sütés – főzés), ilyenkor minden csoportos aktivitást arra reflektáló megbeszélés követ. Más közösségi aktivitások tisztán reflektívek, verbálisak, itt a teljes közösségben jelenlévő nyílt vagy rejtettebb személyközi folyamatokat, rejtett ellentmondásokat igyekszünk a felszínre hozni, érzékelni, tudatosítani a kollektív hangoltságot, munkamódot, szükségleteket, a frusztrácikó természetét.

Közösségi aktivitások: össz – közösségi szintű aktivitás a „nagy csoport”, a „nyitás” és „zárás”, a „teszvesztés” és a „fejlesztés”.

- a „*nagy csoporton*” minden közösségi tag részt vesz, verbális szabad-interakciós csoport, funkciója az össz – közösségi különféle érzelmi, kapcsolati, alcsoportképződéssel járó folyamatok megértése, a közösségi ellentmondások felszínrehozása, a destruktivitás értelmének megragadása, az integráció lehetséges irányainak tudatosítása. Ugyanakkor itt zajlik a közösségi alapelvek, „értékek”, normák képviselete, átadása, de megkérdőjelezése is. Minden nagy csoportot személyzeti megbeszélés követ. Minderről a harmadik fejezetben írunk részletesebben.

Serdülő lány paciensünk – ránézésre markáns keleti vonásokkal – édesapja kínai, édesanyja magyar, a szülők válnak, rángatják a gyereket, időközben gyermekvédelemnek is be kellett lépnie, a lány igen deviáns életvezetésű, sok destruktív manőverrel, a közösségben kisebb – nagyobb balhékkal, de jól együttműködik, kortársaival jól megérti magát. Hideg tél volt, a serdülő csapat

egy különálló épületben, a büfében dohányzott rendszeresen, a büfét használni kívánó néhány felnőtt morgolódása közepette. Nagycsoporton egy középkorú hölgy paciens, ahogy a serdülők, jelesül ennek a lánynak a közösségbeli jelenléte került szóba, ezt mondta: „nem hagyhatjuk, hogy egy kisebbség terrorizálja a többséget”. Ahogy ez elhangzott a lány felugrott helyéről és kirohant a csoporthelyszínről. Hosszú csönd következett, majd egy hang szólalt meg: „ennek nincs helye itt”, utalt a hölgy felvetésére egy másik paciensünk. A csoport ehhez a hanghoz csatlakozott: nem lehet származása miatt hátrányos helyzetbe hozni valakit a közösségben. Megbeszélésen jelent meg számunkra a csoport „különbségalkotása”, hogy a „kisebbség” nem a büfében cigarettázó serdülőket jelentette, hanem az országban élő kínaiakat. (Középkorú hölgy paciensünk kevéssel ez után elhagyta intézetünket, nem tudtuk dialógusba vonni a történeteket feldolgozandó.)

- „nyitás” és „zárás”: hétköznapiakon reggel és délután a napi együttműködés megkezdése és lezárása. Minden közösségi tag jelen van, verbális. Funkciója a közösség „szinkronizálása”, hogy kölcsönösen „képbe kerüljön” személyzet és paciensek az elmúlt este, éjszaka és aznap történéseiről. A különféle – szomatikus, pszichikus, kapcsolati, csoportos – jelenségek adekvát színterének definiálása: a problémák természetének azonosítása, azok lehetséges megoldási színterének meghatározása (pl. gyógyszerelési kérdés, technikai kérdés, keretmódosítás kérdése, avagy tisztán reflektív, a verbális csoportokra tartozó ügy). Itt történik a közösség tagjait érintő cselekvések és annak motívumainak összekapcsolása, felelősségek, feladatok áttekintése, együttműködési helyzetek definiálása.

A közösségi „tesz – vesz” aktivitásokon, heti egy alkalommal egy munkacsoport süteményt süt a közösség többi tagjának, akik közben más csoportokban dolgoznak. Az alapanyagokra valót hét közben egy kasszába gyűjti össze a „sütifelelős”. mindenki annyit ad bele, amennyit jónak lát. Egyik reggeli közösségi „nyitás” alkalmával a sütifelelős felvetette, hogy tegyük le a pénzes dobozt valahol, és aki arra jár anonim módon bedobhatja, amit erre szán, mert

akihez odamegy és csak keveset tud beleadni, az bizonyára szégyelli magát. Kis csend után néhány hang jóváhagyólag hozzászólt, rendben, ezen túl legyen így. (A közösségben a szégyen érzete az egyik legbénítőbb, a paciensek által „behozott” érzelmek közül a legdestruktívabb minőség, kitüntetett helyen áll a terápiás folyamatban ennek átdolgozása.) A megbeszélés moderátora tovább is lépett volna, ám egy személyzeti tag felvetette, hogy olyan kevesen reagáltak erre a fölvetésre, legalább szavazzunk. Ezt mindenki elfogadta és a szavazáskor a döntő többség a javaslat ellen volt. Ekkor élénk beszélgetés indult, hogy mi ez a szégyen, mennyire realitás ez ebben a helyzetben, miből fakad és hogyan küzdjünk meg evvel. Világossá vált, hogy a szegényesebb körülményekből érkezőknek jelenthet ez nehézséget, ők az előrevetített lenézést élik meg szégyennel (ezt hozták magukkal), a tehetősebbek pedig szívesen vállalnak többlet terhet, szolidárisak. hamar körvonalazódott, hogy ez az a szégyenérzet, amit az eredeti környezetükből hoznak pacienseink, mély önleértékelés formájában, és éppen az evvel való szembenézés, ennek „levetkőzése” az egyik legfontosabb terápiás célkitűzés. A személyzeti megbeszéléskor ismét fölvetődött a szavazás speciális fontosságának kérdése, a verbális megnyilatkozásaiban igen gátolt paciensek ebben az egyszerű „motoros” akcióban mégiscsak érvényesíthetik álláspontjukat, még ha artikulálni nehezen is tudják.

- a „teszvesz” a közösség fizikai környezetére irányuló fejlesztő, gondozó, állagmegóvó, a feltételrendszert biztosító, mindenki részvételével zajló főként performatív aktivitás. Kiemelten fontos az együtt-cselekvés szempontjából. A közösség a felelősök által meghatározott feladatokra csoportokat alakít ki (kerti munkák, épületeken belüli állagmegóvó munkálatok, új helyiségek kialakítása, stb, valamint sütés – főzés). A munkálatok végeztével minden csoport megbeszélést tart, mit is éltünk át. Ennek fókuszai jellemzően: az átélt munka személyes jelentése – jelentősége, az együttműködési helyzetekben tapasztaltak: saját minták, jellegzetes reakciók, attitűdök, elvárások felismerése, konfliktusok megbeszélése. Ebben a tesz-vesz világban havonta egyszer élményterápiás alkalmak kapnak

helyet, illetve havonta egy alkalommal össz – közösségi játék a program (a játék jelentőségéről később írunk).

- a „*fejlesztés*”: össz – közösségi szintű aktivitás, minden közösségi tag részvételével, verbális egyeztetés, erről a szinterről a funkcióknál írtunk már.

A fejlesztések visszatérő témája, hogy milyen kényelmi eszközöket, berendezéseket kellene biztosítani a kórháznak, hogy kellemesebb legyen a bent eltöltött idő. Bizonyos határig pacienseink maguk beszerezhetik, amire szükségük van (ezen sokan megrökönyödnek, hogy ezt nem a gazdasági részleg teszi), más dolgok esetében kis munkacsoport lakul paciensek – személyzet vegyesen, hogy végére járjanak a dolognak. Néhány eszköz és szolgáltatás igénye időről – időre felmerül, és néhány évente hasonló diskurzusokat folytat le a közösség. Nehezebb időkben, mikor nagyobb a fluktuáció, kevesebb a személyzet, több a súlyosabb tünettannal élő, vagy destruktívabb paciens, a közösség egésze regresszívebb módon működik, érzelmi – kapcsolati igényeit közvetlen szükséglet – kielégítést elvárva, azt objektíváltabb formában jeleníti meg. Ilyenkor jelennek meg a teljesebb internetelés, a wifi ellátottság témái, igény a sportolásra, jógára, a falak átfestése és képek kihelyezése. Ezekben a témákban a személyzet markáns határokat képvisel, ám kiemelten fontosnak tartjuk, hogy közösségi szintű diskurzusban próbáljuk megérteni, mi is az adott igény érzelmi – kapcsolati motorja. A társas helyzet konszolidálódásával aztán ismét a mélybe süllyednek ezek a konkretizált szükségletek, több közös játék, közösségi erőfeszítés jelenik meg.

- kaptár szintű közösségi aktivitás a „*jövő menő*”, a „*közös dolgaink*”, és a „*technikai megbeszélés*”. A „*jövő – menő*” csoportban fogadják egy kaptár tagjai az újonnan érkező közösségi tagot és búcsúztatják azt, aki távozni készül. Személyzet nélkül zajló, főként verbális aktivitás. Cél az új, idegen helyzetbe való megérkezés és az elszakadás érzelmi megterhelésének kezelése, a közösségi tájékozódás origójának megvalósítása. A „*közös dolgaink*” összejövetele az egy kaptárba tartozó paciensek és az ahhoz a kaptárhoz tartozó szakdolgozó van jelen. Főként

verbális aktivitás. Célja a kaptár heti feladatainak személyekre bontott meghatározása, a munkák ütemezése, visszajelzés a felelősségek megvalósításáról. Itt döntenek a tagok, hogy ki képviselje a kaptárt a különféle közösségi funkciókban: a mentori és betekintő megbeszéléseken, valamint a fejlesztési összejövetelre szánandó témákról, szabadidő – javaslatokról. A „*technikai megbeszélés*”: személyzet nélküli aktivitás, verbális, célja a kaptár aktuális feladatainak, az elvégzett munkának az áttekintése.

Funkcionális csoport: „Stég”, a közösségi funkcióknál említett össz – közösségi feladatkörök felelőseinek megbeszélő-csoportja. Egy személyzeti tag részvételével, verbális aktivitás: célja a konkrét felelősségi körök tartalmi megvalósulásának elemzése, értékelése, közvetve a közösség együttműködési színvonalának értékelése, hiszen itt jelenik meg minden részfeladat elvégzésének eredménye, a kooperációk hatékonysága, a közösségen belüli szolidaritás foka, a felelősségvállalás aktuális „értéke”. Ennek a megbeszélésnek az eredményei, motívumai gyakorta megjelennek visszajelzésként a közösség „nagycsoport” színterén.

„Stég” elnevezésű csoportunkon a közösségi feladatok fő paciens – felelősei vesznek részt egy szakdolgozóval kiegészülve. Tekintettel arra, hogy az egész ország területéről fogadunk pacienseket, a hétfői, „megérkezős” nap programja később indul, hogy legyen idejük a távolabb lakóknak is beérkezni. Egy alkalommal a közösségi órarend kis változtatását terveztük, a nevezett „Stég” csoport legoptimálisabb ideje hétfő délelőtt lett volna. Ez egyidejűleg azt is jelentette volna, hogy az ország távolabbi vidékein lakó paciensek nem tudnak résztvenni, azaz nem vállalhatnak „főfelelősséget”. Az említett „főfelelősség” egy hangsúlyos szerep a közösségben, aki vállalja, már előre tart terápiás folyamatában és szembe mer / tud nézni egy sok egyeztetéssel, konfliktussal, passzivitással való megküzdéssel járó kihívással. Más szóval nem egyértelműen vonzó pozíció, sokszor, sokan

elkerülnék, különféle racionális indokokkal. Mégis, az ebben a helyzetben kibontakozó dialógus azt hozta a fókuszba, hogy a magunkért, a közösségért való kiállás, a felelősségvállalás mintája kiemelten fontos lehet azok számára, akik represszívebb környezetből érkeznek, kommunikációs felkészültségük alacsonyabb (pl. a kelet – magyarországi kisebb települések) és mindenképpen úgy oldjuk meg a „Stég” időpontját, hogy mindenki, egyenlő esélyekkel vehessen részt.

Bizonyos színtereken csak a személyzet tagjai vannak jelen (személyzeti megbeszélések, személyzeti csoport). Itt az alapvető koncepcionális, működési, személyzeti kérdéseket tekintjük át, ill. a napi klinikai működésmód részeként esetmegbeszéléseket, szakmai referálókat tartunk. Koncepcionális és a működés alapvető struktúráit érintő kérdésekben a személyzet, ill. meghatározott témákban a vezetők konszenzusos döntést hoznak.

- *személyzeti megbeszélések*: személyzeti megbeszéléssel kezdődik a hét, a futó közösségi, klinikai ügyek áttekintésével. A hét mindegyik napján van valamilyen típusú személyzeti megbeszélés (*esetmegbeszélő, referáló, technikai, szervezeti megbeszélés*). A személyzet kommunikációs, kapcsolati együttműködésének színvonala döntő a közösségi folyamatok integrációjának szempontjából úgy szervezeti mind pedig klinikai értelemben. A személyzet, főként a személyzeti megbeszélések reflexióinak alapján, annak támogatásával jeleníti meg mintaadóként mindazt az alapelvet és normát a személyközi, közösségi működésmódok terén, amit elvárunk a közösség minden tagjától, *ahogyan* dolgozunk (ahogyan visszajelzést adunk egymásnak, ahogyan azzal kezdünk valamit, ahogyan reflektálni próbálunk saját jelenlétünkre, ahogyan kezeljük konfliktusainkat, ahogyan megszólalunk és ahogyan hallgatunk, stb.)

Az órarend erős strukturáltságot tükröz, ez a projekcióval, impulzivitással, kicselekvő típusú feszültségszabályozással kitölthető személyközi tér kondicionálása is egyben. A továbbiakban a heti folyamat azon elemeit tekintjük még át, amelyek nem szerepeltek még a fenti leírásokban:

- A hét elején történik a „*betegfelvétel*”, ekkor érkeznek azon paciensek, akik egy korábbi alkalommal első interjún már voltak a Thalassa Házban és a team döntése alapján felvételt nyertek. Hétfő délelőtt zajlik le a „*betegfelvétel*” klinikai processzusa és történik meg a közösségi tagok részéről az új tag befogadása. („jövő – menő, befogadó”);
- Keddi napon zajlanak az „*első interjúk*”, az egész országból fogadunk pacienseket. Az intézet működéséről, a felvétel módjáról, az együttműködés feltételeiről átfogó képet ad az intézet honlapja. Az interjúkat a team értékeli rögzített szempontok alapján és így dönt a felvételtől. a szakmai (klinikai) szempontok között szerepel a felmérhető kockázat és a közösség aktuális teherbírása. A jelentkezők telefonon kapnak a döntésről visszajelzést.

Terápiás alapvetésünk szerint csoportokban dolgozunk, emellett pacienseinknek lehetőségük van egyéni konzultációra felelős kezelőkkel, ezek a „*fogadóórák*”.

Strukturális értelemben a közösség felépítését és határait biztosító másik konstrukció az együttműködés alapvetően fontos személyközi határait kijelölő *érték-, norma-, és szabályrendszer*, mint egyfajta közösségi kognitív struktúra. Ezt a dimenziót, mely központi szerepet játszik a terápiás közösség világának konstitúciójában, és amelyről jelenleg azt gondoljuk, hogy specifikus mozzanata a terápiás közösség hatékonyságának, külön fejezetben tárgyaljuk.

3. FEJEZET

Az érték-, norma és szabályrendszer

A közösség működésének megkezdése óta hangsúlyosan fókuszban van az egész közösség életét meghatározó együttműködési rend kereteinek konstruálása, elemzése, értékelése az output: a klinikai hatékonyság és a közösség stabilitásának szempontjából. Idővel – értékelésünk szerint – ez a normatív dimenzió vált a közösség, mint kollektív terápiás ágens legfontosabb konstitutív tényezőjévé. Így ennek tárgyalásakor felidézzük a legfontosabb releváns pszichológiai mozzanatokat, eme normatív rend szelfpszichológiai és személyközi alapjait.

Súlyosabb szelfzavarokkal küszködő paciensek intézményes rehabilitációjának legoptimálisabb formái a közösségi alapú ellátást nyújtó, rugalmas keretekkel működő pszichoterápiás osztályok, rezsimek, terápiás közösségek. Ezen intézményekről szóló hazai beszámolók fókuszában a specifikus (pszicho-)terápiás aktivitások, a közösségi – személyzeti dinamikában, dramaturgiában leképeződő paciens – problematika és a személyzet integratív, renszerműködtető funkciója áll. Viszonylag kevés figyelem irányul ezen intézmények, közösségek érték, norma és szabályrendszerének meglétére, funkciójára. Ahogyan arról egy korábbi tanulmányunkban írtunk [Zalka 2008], az értékek, normák és szabályok működtetésének hogyanja – a metanormák rendszere – adja ki azt a korrektív kognitív mátrixot, ahol a közösség tagjai egyszerre (ki-)cselekvő és érzékelő, elszenvedő és értelemadó felei a szelfzavarok közösségi megjelenésének. A közösség együttműködési potenciálját eme „etikai” dimenzió mentén fejleszti.

Meglátásunk szerint a súlyosabb szelfzavarok közösségi alapú ellátásában, az adott közösség kapcsolati kultúrájában tudatosan felépített és működtetett érték, norma és szabályrendszer mátrixa meghatározó konstitutív alap. Ez a tudás az interakciókban személyes felkészültségek ill. integrált felkészültségek formájában kerül játékba, az így megjelenő *kollektív ágens* specifikus hatású a szelfpatológiák gyógyulási folyamatában.

Ahogy a gyermek felé nem mértéke szerint fordul gyengédséggel korai gondozói – családi környezete, válik egy anómiás mikroközösségben a felnőttek önérzetes szenvedély-motívumai tárgyául, úgy szenved el a traumatizáció különféle módjait. Biológiai egyediségéhez illeszkedő társas ráhangoltság hiányában képtelen lesz saját pszichofiziológiai egyensúlyát szimbolikus eszközökkel megfelelően maga szabályozni. A tekintet nélküli együttlétben hamis és leértékelt képet alakít ki magáról, az explicit erőszak és szexuális abúzus elszenvedésével – a fájdalom, és környezete reálisan befoghatatlan intenciója miatt – sosem „lehet teljesen magánál”. Foglya lesz hiányállapota örökös megfelelési kényszert és újratraumatizáló kapcsolódást kereső beállítódásának. Öndestruktív életútja kezdetén szociális terekben deviáns, önsértő viselkedéssel, impulzív, kaotikus kapcsolati élettel vagy affektív instabilitással, pszichotiform lelki működéssel mélyíti el a kapcsolódhatatlanság szakadékát, válik eggyé a „hibás, értéktelen, selejtes és rossz” ember képével.

Noha a társas traumatizáció (abúzus és elhanyagolás) talaján kibomló súlyosabb szelfzavarok (pszichotikus, disszociatív és borderline zavarok) etiológiájára vonatkozó hazai klinikai diskurzus is egyre inkább fókuszba hozza a traumatizáció tényét és következményeit, akár mint ezen zavarok egységes szemléleti keretét (például: [Gáti, Tényi, Trixler 2004], [Bogár, Perczel Forintos 2007], [Kuritárné 2008]), ez a diskurzus megmarad a klinikai professzionalitás keretein belül. Az intézményes pszichiátriai-pszichoterápiás diskurzus szinte teljesen elszigetelten tematizálja ezt a problémát, illetve elszigetelt módon jelennek meg a problémát „professzionálisan” kezelő civil vagy állami intézmények állásfoglalásai. Ami alapvetően hiányzik, az a nyilvános párbeszéd, és ennek oka a probléma gyökerével rokon: kapcsolati kultúránk reflexív kapacitásának hiányossága, a „saját házunk táján uralkodó viszonyok” felelős meg- és belátása. Így vagy úgy érdemes *mindig* belegondolnunk, mit is medikalizálunk.

Ahogy az adott zavarok pszichoterápiás alapú kezelésében helyet kap a saját pszichofiziológiai állapotok érzékelése, szabályozása az összehangolódásra optimalizált kontrollált társas helyzet révén [Schore 2003]; a társas működés alapjául szolgáló mentalizációs működés fejlesztése [Bateman, Fonagy 2004]; a zavarok személyközi megjelenését, kognitív mintázatait érzékelő-értékelő, visszajelző strukturált terápiák; a szelf-töredezettséget kapcsolati, élettörténeti kontextusban konceptualizáló, korrekatív kapcsolati élményközösségen alapuló dinamikus megközelítések (összefoglalóan: [Gabbard 2005], [Kuritérné 2008]), úgy jelenik meg az átfogóbb terápiás keretek optimalizációja önálló kérdésként.

Kézenfekvő az arra alkalmas, súlyos szelfzavarral küzdő paciensek egyéni, intenzív ambuláns kezelésének hatékonysága, ám ahol a hosszú anamnézisben halmozott hospitalizáció, az ambuláns kerettartáshoz alacsony együttműködési készség, a terápiás kapacitások szűkössége és egyéb erőforrások igen korlátozott mértéke van jelen, ott az intézményes formák közül a strukturált közösségi alapokra épülő, rugalmas kereteket (bennlakásos, nappali kórház, ambuláns ellátási forma) biztosítani tudó, különféle pszichoterápiás aktivitásokat integráltan szolgáltató komplex pszichiátriai-pszichoterápiás intézményformák, terápiás közösségek nyújthatnak hatékony kezelést. [Fonagy 2002], [Warren, Evans és mtsai 2004])

A szelfzavarokkal küszködő paciensek zöme gyermekként zavart kötődési világban, ill. később sorozatos traumatizációban nőtt fel. Ez azt jelenti, hogy alapvetően zavart volt egyfelől belső pszichofiziológiai állapotuk, testi érzeteik és az akkor, ott adott társas helyzet integrációja, ami az autoreguláció és a koherens szelf-történetiség kialakulásának alapja, másfelől, ahogy az eredeti családi közeg narratívája meghamisította a történeteket, ez a súlyos szemantikus disszociáció is része a hamis szelf-működésnek [Bolton, Hill 1998]. („Nem úgy, nem akkor, nem az történt, csak kitaláltad, csak jót akart, szeret ő a maga módján, neki sem volt könnyű gyerekkora.”)

Egy terápiás közösség – értelemszerűen – erőteljesen hívja az eredeti családi mintázatok megjelenését és dolgozik a korrekatív család metaforájával. A paciens

révén megjelenik az eredeti család fragmentált, kaotikus és traumatizáló, „tanúk nélkül dolgozó” világa, valamint a kízó hiány hajtotta azonosulások, ismétléses helyzetek. Ugyanakkor, a „máshogyan” reagáló közeg, a korrektív kapcsolódások világa is, ahogy a társas normát képviselők harmadikként tanúi mindannak, amit megvallunk, teszünk vagy velünk történik, miként saját formálódó lelkiismeretünk. A paciens számára a közösség először is máshogyan reagál, mint az számára korábbi kapcsolati világából fakadóan elvárt. A közösségi viszonyulások tükrében jelenik meg képe saját magáról, mely kép ugyan nehezebben elfogadható az addig fenntartotttal szemben, ám realisabb, kevesebb hasítást és idealizációt hordoz. Az alapvetően elfogadó-megértő hangoltság hátterén ez a realisabb kép elfogadhatóvá válik, mivel pszichofiziológiai egyensúlyát stabilabban tudja szabályozni. Ugyanakkor, egy következő fázisban, mivel erőfeszítéseit és saját ágenciáját, a társiasságot tekintetbevevő interakcióit a közösség pozitívan tükrözi, saját egyediségét, önértékét lesz képes felfedezni, újraírni mentalizációs működéseit, teleologikus gondolkodási stílusát a másik határainak érzékelésével relativizálja. Mivel megbízhatónak bizonyul a „tükör” a negatív dolgok terén, úgy bizvást akként működik a méltányló visszajelzésekkor is. Ahogy a traumatizáló mikroközösségben az értékek és normák képviselési szintje súlyosan zavart, *lehetővé téve* a gyermek sérülését, úgy szolgálhat egy korrektív társas *rend* a szelf re-konstrukciójának mátrixául. A traumatizáció sosem kétszemélyes történet.

Egy terápiás közösségben a rendszerbe integrált terápiás aktivitások *keretei* és a *közösség életét szabályozó kognitív mátrix*, túl a team integratív működésén, olyan többletet tud adni, amit specifikusnak tartunk a szelfzavarok kezelésében.

Ebben a vonatkozásban sajátos képet tükröznek az elmúlt tíz évben a hazai pszichoterápiás ill. pszichoterápiás elemeket hordozó intézmények működését bemutató publikációk.(például: [Benkő 2003]; [Süle 2002]; [Szentesi 1997, 2005]; [Vass 2001]) Jellegzetes módon a tanulmányok fókuszában a személyzet rendszerműködtető funkciója, értelmező és integratív működése áll, a teamek dinamikájában megjelenő intézmény- és paciens-problematikák. A korrektív

folyamatok értelemadási határfelülete a személyzet-pacientúra határfelület, a korrektív potenciál és az együttműködésért való felelősség letéteményese a személyzet. A hagyományból fakadó hierarchikus felépülés sajátosságának tartjuk azt, hogy alig esik említés, különösen nem tematizált formában, ezen intézmények közösségi életének alapjául szolgáló explicit *érték, norma és szabályrendszer*ről, azon mozzanatokról, melyek képviselte *elvárt* az adott közösség minden tagjától, ahol a játékszabályok mindenkire egyaránt vonatkoznak. Süle 2002-es tanulmányában értékmozzanatok bevonásával (például demokratikus döntéshozás, felelősség) tematizálja a terápiás közösségek általánosabb kereteit, valamint felveti, milyen mozzanatok együttállása alapján lehetne terápiás közösségnek nevezni egy alapvetően pszichiátriai-pszichoterápiás osztályra épülő rendszert. Az elmúlt 10 évben a terápiás közösségek nemzeti (külföldön) és nemzetközi szervezetei meglehetősen koherens tartalmi szempontrendszert dolgoztak ki az ismérvekre (és messze nem csak a szenvedélybetegek kezelését végző helyek alapján), külön minőség – auditáló hálózatot hoztak létre. (A Thalassa Ház is tagja ilyen rendszernek, a terápiás közösségek működési minőségét auditáló brit Royal College of Psychiatrists keretében működő Community of Communities Quality Network-jének)

Meglátásunk szerint a terápiás közösségek centrális fogalma a „kultúra”, eltérően a pszichoterápiás osztályok, rezsimek kissé értéksemlegesebb, ám gyakorlatiasabb „rendszer” fogalmától. (Emiatt, persze, nagyságrendekkel több nehézsége adódik egy közösségnek, ha működését az egészségügyi intézmények keretrendszerének *is* megfelelően kell felépítenie. „Ki mosogathat?”) A közösségi alapú ellátások kapcsolati kultúrájának elemeit, ennek felépítését fókuszáltan tárgyalja a terápiás közösségek szakirodalma, egészen a „traumaérzékeny terápiás kultúra” kidolgozásának kérdéséig. [Farragher, Yanosy 2005]

Később részletezendő tapasztalatunk szerint a közösségi tagok (és itt hangsúlyozottan nem személyzet-pacienst interakcióra gondolunk) egy-egy normatív mozzanatot kibontó interakciója nem csak megnöveli nagyságrendekkel a rendszer holding-kapacitását, nem csak a reflexív működésre szocializál és nem csak a személyzetet tehermentesíti, hanem interiorizálható társas mezőt rekonstruál. Meglátásunk szerint a súlyosabb szelfzavarok közösségi alapú

ellátásában, az adott közösség kapcsolati kultúrájában működtetett érték, norma és szabályrendszer mátrixa, mint tudatosan felépített *kollektív ágens* specifikus hatása a gyógyulás folyamatában.

A szelfproblémák közösségi térben való megjelenésének társas kezelése gyakorta vezet az etikai diskurzusok világába, mint ahogy a modern etikai gondolkodás a szelf kialakulásának körülményeiben látja a *kapcsolatban születő érték* létrejöttét. [Heller 1994], [Jádi 1998] (Ide tartozó központi kategóriák: a másik érzékelése és respektusa; mentalizáció és reflektivitás; empátia; a lelkiismeret és felelősség kérdése.) Egy értékrendjében és normatív működésében súlyosan sérült közegből jövő ember számára pusztán önreflexivitásának fejlődése könnyen a „narcisztikus lelkiismeret” kialakulásához vezet, ahol „nem az erkölcsi normák vagy értékek alkotják az önreflexió álláspontját; az abban mozgósított teljes értelmezési keret külsődleges az erkölcshez képest (vagy pszichológiai vagy pszichologizáltan társadalmi)” (Heller 1994, 141.o.).

Ezért tartjuk fontosnak egy korrektív közösségi térben, hogy világos, szilárd és folyamatosan diskurzusba vonható „külső” normatív rend is alapjául szolgálhasson a „kettős reflexivitás” kialakulásához. Fontos egyfelől a saját lelkiismeret értékrendjének érzékelése, mértékének ismerete, hogy legyen mihez tartani magunkat, de ugyanilyen fontos a minket körülvevő társas valóság „játékszabályainak” respektálása, és a kettő viszonyának mérlegelése is.

Parsons a klasszikus mechanika tér koncepciójához hasonlítja a norma kognitív koncepcióját [Alasuutari 1996]), megidézve ezzel interszubjektív módon való érvényrejutását, azt, hogy egyszerre részesülünk benne társasan, adott „alkalmazott közegben” a potenciális tér jellemvonásait hordozva, és egyszerre bánunk vele alakítóan, mint átmeneti tárggyal, ami bennünk-köztünk van.

Kulturális szempontból érdemesnek tartjuk itt felidézni, amit Fukuyama a társadalmi szinten zajló értékvesztés és a közösségek felbomlása folyamata kapcsán írt. [Fukuyama 2000, p. 250.] Elemzése szerint a kooperációt felfüggesztő és „a normakövetéshez leginkább kapcsolódó érzések ugyanazok,

mint amik a rangért vagy elismerésért folytatott versengéshez kapcsolódnak: a düh, a büntudat, a büszkeség, és a szégyen.” Jellegetesen ezek az érzelmek és szelférzetek, melyek kontrollálásával a legtöbb nehézségük van pacienseinknek, ugyanakkor ezek azok személyközi jelenségek is, melyek társadalmunk mindennapjaiban problémaként ismerősek lehetnek számunkra.

A továbbiakban a Thalassa Ház eme normatív dimenziójára fókuszálunk.

A terápiás közösség kialakulásának kezdetén, az önálló működés elindulása után néhány évvel a definitív (pszicho-)terápiás aktivitások felértékelődtek, kialakult a csoporthangsúly, ugyanakkor, bár világosak voltak a közösségi életünket meghatározó értékek, az együttműködés rendjét adó normák még csak körvonalazódtak, az explicit szabályokat egy régről megörökölt „házirend” képviselte, túl az adott paciensnek a kezelőjével kötött terápiás szerződésén. (A közösség eme fázisáról: jelen dolgozatunkban az I. fejezetben írtunk.)

Később figyelmünk fókuszába egyre inkább a közösségi kapcsolati kultúrát alakító tényezők kerültek, az értékek, normák és szabályok rendszere.

Megfigyeléseink szerint eme folyamat motívumai a következők voltak:

- minél kidolgozottabbak voltak együttműködési szabályaink, annál hamarabb tudtunk pontos képet kialakítani adott paciens együttműködése alapján felvétele adekvátságáról, motivációjáról, adott esetben problematikája mibenlétéről, dinamikájáról, akár differenciáldiagnosztikai szinten;
- a normák alkalmazásának normái (metanormák) differenciálásával (lásd később) klinikai hatékonyságunk jelentősen nőtt a holding funkció erősödése révén, a *közösségi felelősség* centrális jelentőségének „beíródásával” a paciensek informális „alcsoportjaiba”;
- megfigyeltük, hogy szűkösebb erőforrásokkal rendelkező időkben, alacsonyabb személyzeti létszámnál, kevesebb pszichoterápiás csoport

mellett a közösségi létmód sokkal érettebb, több felelősséget tartanak maguknál pacienseink, kontrolláltabb a regresszió, kreatívabb az elhárítások „társiassá” átdolgozása. Eme helyzetek elemzéséből született mai működési struktúránk, a kevesebb „keretezett” terápiás aktivitás hatékonysága azonban akkor biztosított, ha erős az ezeket megtartó kognitív személyközi mátrix;

- bizonyos típusú acting out jelenségeket pusztán klinikai eszközökkel túlzott mértékű erőforrás-ráfordítással lehetett volna csak kontrollálni, ám a napirend „kapcsolati alapú strukturálásáról” hozott megállapodás („nyitás”, „zárás”, közösségi feladatrendszer) minimálisra csökkentette ezt a viselkedésmódot;

az értékek, normák és szabályok tematizálása, ezek képviselőiténél kölcsönös elvárása, az ebből fakadó konfliktusok közösségi szintű megbeszélése közvetlen terápiás effektusú.

Az említett motívumok jelenségszinten azt a folyamatot jelölik, ahogy az egyszerű kórházi házirendünkből és az attól teljességgel független terápiás szerződésből megszületett az egységes „együttműködési szerződésünk”, mely tartalmazza normáinkat, szabályainkat, kereteinket a terápiás munkában, és amely dokumentumot paciens és kezelője aláírják. Ebben a definiált közösségi folyamatban dolgozta ki a közösség saját együttműködési normáit és szabályait, azok érvényesítésének módját, a változtatás lehetőségét, valamint annak kereteit, hogyan lehet az ezekről való diskurzust strukturált módon „munkafázisban tartani”. (A máig érvényes együttműködési szerződésünk meghatározó pontjait egy, a szervezetfejlesztés világából átvett folyamat, az „Open Space” segítségével definiálta a közösség. A szerződés részletes szövegét lásd: **Függelék, 2.**, megtalálható az Intézet honlapján: www.thalassahaz.hu)

Fontosnak tartjuk a *közös szabályalkotást*, nagyságrenddel növeli azok tekintetbevételét, ugyanakkor jelentős indulati működés kerül ezáltal az adekvát terápiás keretek közé. Intenzív visszacsatolós, tanulási folyamat döntéshozatali

mechanizmusaink optimális kialakítása. Alapvető, strukturális kérdésekről a teljes közösség bevonásával döntünk, részterületeket a tagok kis projekt-csoportja dolgoz ki. Folyamatos mérlegelést jelent a személyzeti-vezetői döntéshozatali kompetenciák kialakítása.

Az együttműködésünk alapjául szolgáló személyközi megállapodásokat „keret”-nek nevezzük.

A Thalassa Ház Terápiás Közössége Együttműködési Szerződésének pontjai:

- Terápiás keretek megóvása közös felelősségünk. Ne tapossuk le a terápia kereteit és a ház kerítését!
- Testi egészségügyi problémák kezelése – a paciens és a Ház érdekeinek egyeztetése.
- A Ház drog, szex és erőszakmentes közösségi tér.
- A szobák tere privát tér. A közösségi tér rendben tartása saját felelősség.
- Vállalt feladatok és felelősségek teljesítésének és képviselésének rendje.
- Telefonhasználat.
- A hétvége is a Ház tere.

Egyéni lehetőségek szerinti önkéntes anyagi hozzájárulás.

A szerződés szövegében az egyes norma és szabálypontok kibontva tartalmazzák azok tartalmát és az érvényesség módját. Keretszegések esetében, annak súlyosságától, a paciens munkafázisától és a közösségi átdolgozhatóságtól függően lehetőség van az ismétlésre, kivéve a nyílt, más személyre irányuló erőszakot. Az alábbiakban három norma példáján említjük részletesebben bemutatva, milyen problematikákra fókuszál az adott keretszegéssel való munka:

1. Terápiás keretek megóvása közös felelősségünk. Ne tapossuk le a terápia kereteit és a ház kerítését!

A terápiás keretek általános tekintetbevétele, ill. ezek (térbeli, időbeli, kapcsolati) megsértése alapvetően hívja a „tekintetbevettség kölcsönösségének” elvárását. Megbeszélésekor kerülhet fókuszba a „saját rész” érzékelésének problematikusága, a pszichológiai hasítás érzékelési szintű megjelenése (egy acting out – kicselekvő feszültség, indulatkezelés erős érzelmi hatásával másokat is érint, sőt, kapcsolati relevanciája eme érintettség megbeszélésével tárulhat föl, nem privát ügy). A szimbolikus kommunikáció világába való belépés (a bizalom) határhelyzete, előbb meg kell tanulni nemet *mondani*. [Habermas 2001] A kisebb keretsértések mintái jó visszajelzést adnak adott közösségi tag nehézségeiről, érési fázisáról.

2. A Ház drog, szex és erőszakmentes közösségi tér.

Itt az impulzivitás, saját indulati állapotok, diszfunkcionális minták azonosítása kerülhet a fókuszba, a hiány, fájdalom és szorongás kapcsolati relevanciájának feltárása. Itt nyújthat a közösség támogatást a saját pszichofiziológiai egyensúly megteremtésének megtanulásához, a szelf-ágencia fejlődéséhez (jelezve, hogy az adott viselkedés elfogadhatatlan, viszont erőfeszítést téve az adott kínzó állapot társas megoldására). Folyamatos értelmezési munkát igényel az erotikus impulzusok megkülönböztetése a gyengédség iránti vágytól, az újratraumatizáló kapcsolati helyzetek megelőzéséhez. [Ferenczi 1971, pp. 215-226]

3. A szobák tere privát tér. A közösségi tér rendben tartása saját felelősség.

A közösségi terekben és szobákban kialakuló, acting outhoz vezető konfliktusok megbeszélése jó terep a projektív identifikációs mechanizmusok, a „forró kogníciók” (implicit minták) azonosítására. A közösségi tér rendben tartásához, a vállalt munkákhoz, ezek felelősségéhez való viszony tárhatja fel a destruktív működésmódok értelmét. A felelősség kérdésével kerül fókuszba a szociális szelf, a mentalizáció (a felelősség *előrevetített, három pozíciót magábanfoglaló értelme*), és az elaboratív működések. Itt a legintenzívebb az eredeti családi viszonyok „megéledése”. („Nem otthon vagy!” Nem otthon vagyok, ahol szenvedtem, mégis azt csinálom, amit otthon és ettől mások szenvednek. Hogy van ez?) Az el nem végzett munkák, tekintve, hogy a közösség maga tartja rendben saját tereit, igen konkrét módon jelzik vissza a problémát.

Természetesen a normák és szabályok önmagukban nem sokat érnek, a lényeg, hogy milyen *értékek* alapján, hogyan (*metanormák*) és milyen *strukturált keretek* között szerez érvényt nekik a közösség.

Alapelvek a normák érvényre juttatásában

A terápiás közösség személyzet által képviselt alapelvei a normák érvényre juttatásában:

- Világos és szilárd struktúrák, *ugyanakkor* rugalmasság;
- Világos és mindenre érvényes együttműködési szabályok;
- Átlátható, nyílt kommunikáció;
- Kölcsönösség, felelősségvállalás és respektus;
- A kommunikáció elsődlegesen a megértésre irányul (ez az intenciója, a kommunikatív cselekvés értelmében);
- A cselekvés értékdimenziójának tudatossága (etika);

Tapasztalatunk szerint terápiás szempontból a normák képviselésének *hogyanja* a hatékony működés titka. A metanormák rendszere adja azt a konceptuális keretet, ahol a patológiás jelenségek hozzárendelődhetnek valamilyen módon a valós közösségi életben az autonóm kapcsolati működéshez.

Milyen pozíciókat kapcsol össze és hogyan a normák képviselése?

- Aktivitásorientáltság \Leftrightarrow jelentésesség.

Pacienseink zöme egyfajta passzív „áldozati pozícióban” éli meg saját sorsát. Támogatjuk az aktív részvétel felelősségének kialakulását, saját állapotának, érzéseinek, gondolatainak valamilyen, akár destruktív módon való megjelenítését, az említett pozíció „átkeretezését”: az áldozatiságot is ő „csinálja”. *Ugyanakkor fontosnak tartjuk a közösség „potenciális terében” aktivitásai társas jelentésének, értékének felismerését.*

- A rend nem kérdés \Leftrightarrow nincs magától értetődő dolog.

Szilárdan képviseljük normáinkat, a keretszegések következményét. Valóban nem lehet intoxikáltan a házba bejönni, vagy saját lábán marad kívül az illető, vagy, ha olyan a helyzet, mentőautóval helyezzük át sürgősségi osztályra. Felelősség áttolásában nem, de az azzal való kezdeni mit nem tudásban, mint saját problémában, partnerek vagyunk a megoldás kereséséhez. (Nyilván fontos megkülönböztetni pszichotikus vagy szuicidális krízist azoktól az állapotoktól, ahol a stabilitást éppen a társas kötődések folyamatos pengeélen tartása jelenti, a felelősség áttolásával.) Valóban felfüggesztjük a kezelést, ha több alkalommal nem jelenik meg egy adott csoporton, vagy ha szex- vagy párkapcsolatot létesít valaki. *Ugyanakkor közösségi szinten bármikor tematizálható egy szabály értelme, megváltoztatása.*

- Elfogadás és melléállás \Leftrightarrow keretek világos képviselte, konfrontáció.

A terápia kezdetekor világos kapcsolati szintű szerződésben kommunikáljuk elköteleződésünket paciensünk terápiája mellett, állapotának és szenvedésének méltánylásával, ugyanakkor jelezve, szenvedélye kielésében, öndestruktív viselkedésében nem, de érzelmi szükségletei közvetlen kielégítésében mértékkel

partnerek tudunk lenni. Permisszív etikai alapállásunk lehetővé teszi, hogy megjelenhessenek a destruktív impulzusok, fontosnak is tartjuk ezt, nyilván a mérték megtalálása a lényeg, amivel már és még dolgozni tudunk. Amiért „megéri” bennmaradni a terápiában, az a kialakult kapcsolati tőke, minden kontroll és szabályozás elfogadásának ez az „ellensúlya”. *Ugyanakkor* adott esetben, például egy keretsértés elkendőzésekor szilárdan képviseljük érzékelésünk alapján hozott döntésünket, vállalva az esetleges tévedés lehetőségét. (Tipikus példája, amikor alkoholszagot érez valakin egy közösségi tag, de az illető tagadja.) A paciensek gyakorta „büntetésként, kegyetlenségként” élik meg, ha képviseljük egy keretszegés például bentlakásos státuszából kizáró következményét, noha „névértéken” tisztában voltak aláírt szerződésükkel. A felelősség eme „esemény utáni entitásként” való elgondolása jellemző a szelfzavaros pacienseknél, jelentős közösségi kapcsolati munkába kerül, az előrevetett értelem interiorizálása, ez már a „másik” megszületését jelenti. A hasításból fakadó keretsértés tematizálása jellemzően megteremti az „agresszor” és „áldozat” hasított szerepeit, a normát képviselő közösségi tag lesz az üldöző, ebben a szerepben nemegyszer ráismerve saját működésére a „másik oldalon”.

- Itt és most visszajelzés, nincs „mintha mi sem történt volna”.

Fontosnak tartjuk, hogy a közösségen belül érzékeljük és visszajelezzük ott és akkor a vegetatív zavarra utaló, impulzív, vagy extrém módon gátolt, kapcsolatról disszociálódott állapotokat, a „rosszullétek” legjobb helye a csoportokon van. *Ugyanakkor* kiemelt fontosságú a kis keretsértések, manipulatív működések, elkerülő viselkedési minták szóvá tétele, ott és akkor, annak részéről, aki ezt érzékeli. Ez látszólag kis horderejű dolog, de következetes megvalósítása egészen speciális figyelmet és jelentős érzelmi erőforrásokat igényel, gyakorta megesik, hogy adott paciens ilyen visszajelzések mentén kerül terápiás munkafázisba. A különféle pszichopatológiai állapotok egyes megnyilvánulásai megterhelők lehetnek a közösség tagjai számára, ám fontos, hogy ezt képviseljék adott esetben. Jelentős korrektív erővel bír, amikor a tagok tudatosítják például a pszichotikus

paciens számára, hogy *meg kell tanulnia*, itt nem tehet meg bármit, pszichózisától függetlenül.

- Az acting out nem magánügy (a lehasadt indulat a közösségé).

Korábban már tárgyaltuk ennek az álláspontnak a jelentőségét, kiegészítésül annyit, hogy normáink megalkotásakor egyedül az erőszakos (fizikális) önsértés nem került be a normatívan szabályozandó/szabályozható működések közé. Ez a mozzanat egyszerre hordoz egy exkommunikatív és egy megengedő attitűdöt. Tény, hogy pacienseink jó része hordozza anamnézisében az acting out eme formáját, mint bevett feszültségkezelő viselkedésmintát. Házon belüli előfordulása azonban ehhez képest igen csekély, a közösség kifejezett érzékenységgel és aktivitással fordul az önsértés fenyegető lehetősége felé, támogatva a szimbolikusabb performatív vagy dramatikus, egyéb kreatív nonverbális eszközök használatát. A tudatot módosító saját-test befolyásolás lényege, mint az öndestruktivitás egy formája, inkább a disszociációban, a fájdalmas, szorongató belső és külső kapcsolódások felfüggesztésében, a jelenlét átélésének távolításában áll. A közvetlen önsértés ebben a kontextusban, mint a „fájdalom levezetése”, inkább az érzelmek átélésének disszociáltsága helyén lévő „üres feszültség” kezelése, inkább „a jelenbe hoz” a határ átvágásával. A magányos és impulzív tett után a környezet érzelm és indulatteli közegében mód nyílik a kapcsolódásra. „Minél intenzívebben érint egy interszubjektív kapcsolódás implicit tudástartalmat, annál inkább vonódik be a nonverbális, a test a reakcióba.” (*ford. Zalka Zsolt*) [Stern 2004, p.145]. Így vagy úgy, kezeléstechnikai kérdésnek tartjuk ezt a problémát, a megfelelő performatív-nonverbális terápiás aktivitások hozzárendelésével jelentősen csökken megjelenése, tapasztalataink egybehangzóak borderline paciensek terápiás modalitásokat értékelő visszajelzéseivel [Karterud, Pedersen 2004]

A közösség minden tagjától alapvetően elvárt, hogy képviselje normáinkat, szabályainkat.

Hol és mikor: a normatív diskurzus strukturált keretei:

A közösség napirendjének felépítésében világos (térbeli, időbeli és funkcionális) határokkal elkülönülnek a terápiás aktivitások (egyéni és csoportos, verbális és nonverbális), a közösségi élet terei és azok a fórumok, ahol az együttlét konfliktusait, normasértésekből adódó problémáit kezeljük. Ilyen fórumok a minden nap reggelén történő „nyitás”, a közösség minden tagja jelenlétével, a nap terápiás időszakának végén a „zárás” és a havi egy alkalommal történő „közösségi fejlesztés”, ahol az esetleges strukturális változtatásokat beszéljük meg. A közösség tagjai egyre érzékenyebben differenciálják azt a határt, hogy meddig kell szervezeti/műveleti eszközökkel kezelni egy adott helyzetet és honnantól tartozik az terápiás relevanciája révén a megfelelő terápiás aktivitás színterére. (Például adott konfliktushelyzetben elég képviselni a közösség normáit, avagy éppen a normákat kell továbbcsiszolni, illetve a probléma relevanciája a személy pszichológiai működésében ragadható-e meg?) Ezekben a diskurzusokban differenciálódik reflektált módon a magyarázat/magyarázkodás dependens-projektív gondolkodási stílusa, ami egy belső szétkapcsoltságot objektíval a megértés fájdalmas munkájától, ahol ezt (a szétkapcsoltságot) sajátként azonosíthatja valaki.

A normák kulturális áthagyományozódásának meghatározó eszköze a paciensek által életre hívott mentorrendszer, melynek keretei között, egy „miniprotokoll” szempontjai alapján, régebb óta a házban lévő paciensek vállalják az újonnan érkezettek támogató bevezetését a közösség világába.

Az említett fórumokon zajló diskurzusban rajzolódik ki egy-egy történet kapcsán az adott norma/szabály megértésének folyamata, mely folyamat pontos tükörképet ad a paciens terápiás történetének közösségi térben pregnánsan és igen értékesen

megjelenő állomásairól. A közösségben zajló személyközi integráció pontos izomorfiát mutat az intrapszichés integrálódás folyamataival – és viszont.

A differenciált normaalkalmazás helyzete az egyidejűleg meglévő mögöttes „személyzeti tektonikával” adja azt a „színpadot”, ahol a sodró indulati világ, a projektív identifikációs folyamatok megjelenhetnek. Kiemelt fontosságúnak tartjuk ilyen helyzetekben a *nyílt közösségi diszkussziót, hogy a személyzetben belüli eltérő álláspontok is megjelenhessenek*. Kirajzolódnak a törésvonalak, ám a paciens számára világossá válhat, hogy ezek nem az ő intenciói szerint vannak, elkülönül a saját rész. Másfelől fontos a személyzet folyamatos önreflexív munkája, a személyzeti csoportokon, a saját törésvonalak azonosításához.

Nehezen kezelhető helyzet az utólag „kiderült” keretsértések kezelése, főként, ha az érintett paciens maga „hozza be”. Tipikus közösségi reakció lehet ilyenkor az „őszinteség büntetése” csapdahelyzet, felértékelődik a közösségi döntés mozzanata.

Természetesen egy közösségben is kialakulhat a „narcisztikus lelkiismeret”. Értékeinket és normáink működtetésének hogyanját, intenzív kapcsolatban a bennünket körülvevő környezettel, folyamatosan „helyre kell tennünk”, látva tágabb kultúránk mindenkori állapotát, trendjeit, értékválságait, hagyományok felbomlását és az aktuális újrarendeződéseket. Gyakorta súlyos teherként szembesülnek pacienseink eredeti környezetükbe visszatérve, mint ahogy mi is a családokkal, vagy akár társintézményekkel dolgozva azzal a problémával, hogy mindennapi viszonyaink, indíttatásaink, érdekeink alig vonhatók reflexív módon diskurzusba úgy, hogy kommunikációnk érzékelt célja a kölcsönös megértés legyen, ne pedig a befolyásolás. Pacienseink sokat tesznek azért, hogy a reflektálatlan, indulattelített, traumatizáló és projektíven működő kis családi közösségekben valódi párbeszéd indulhasson meg, ledolgozva kicsit az ősök hagyatékából.

A terápiás közösség világa, értékrendjét és normatív világát nézve, utópisztikusnak tűnhet, ám reális horizontot jelenthet mindazok számára, akik az

autonómiájuk felépítésén fáradoznak, hogy jóvátehessenek valamit abból, amit ők kaptak, azzal, hogy mást adnak tovább.

Közösségünkben központi szerepe van a cselekvés / verbális megnyilatkozás modalitásainak. Az imént tárgyalt normatív dimenzióink sok ponton éppen ezt a határt tematizálja, teszi igen hangsúlyos jelentésségűvé a különbséget. A pszichoterápiás paradigmában központi szerepet játszik a megnyilatkozások eme modalitása, adott módszeren belül mindig határátlépést, sajátos transzgresszivitást jelent a kommunikációs „közeg” váltása. Így fontosnak tartjuk, hogy külön kitérőt tegyünk a cselekvésség közösségünkben betöltött kitüntetett szerepére vonatkozóan, ahogyan azt korábbi munkánkban tárgyaltuk [Kenézlői, Valkó, Zalka 2015]

A cselekvésség közösségi nyelve, tapasztalati tanulás és játék

A Thalassa Ház kultúrájának szerves része a páciensekkel való együtt-cselekvés, ami a súlyos személyiségpatológiájú és/vagy pszichotikus páciensek esetében fontos terepe a kapcsolatteremtésnek. A terápiás közösség világában eleve adott az a tér, ahol az együttlét során létrejövő hétköznapi helyzetek számos intenzív interperszonális élménnyel járnak együtt, a kapcsolati munkához egy gazdag, sokrétű jelentéssel bíró környezetet teremtve. *A köztes terekben* és a csoportokon zajló interakciók mintázatai adják számos esetben a terápiás munkához, a belátáshoz, a megértéshez szükséges kiindulópontot és a korrektív átélés lehetőségét is egyben.

Ebben az eleve komplex, különböző terápiás modalitásokat integráló terápiás közösségében kaptak helyet a strukturált, élményalapú csoportok, a tapasztalati tanulás elveire épülő „játékok”. A havi egy alkalommal a programba illesztett csoportokon főleg szabadtéri, kihívással járó játékos gyakorlatok révén érjük el azt, hogy a felnőtt résztvevők is a gyermekkorból ismerős, sokszor szenvedéllyel

átélt játékhelyzetben találják magukat. Az intenzív együtt-cselekvések révén a személyes és közösségi erőforrások mellett az egyéni nehézségek, kapcsolati működések is megjelenhetnek ebben az önfeledt állapotban. Az 'itt és most'-ban átélt, a valóságtól kicsit távolabbi helyzetekben nagyon erős és valós érzéseivel kerülhet kapcsolatba a páciens, hiszen a játék vonzása, a kihívás okozta izgalom vagy a feladatmegoldás érdekében a megszokások közül való kilépés is erre teremt lehetőséget. A többkrétű - fizikai, kognitív és érzelmi – bevonódással járó, intenzív, emlékezetes élményt nyújtó helyzetekben nagyon jól érzékelhetően leképeződnek az egyént egyébként is jellemző érzelmi, motivációs, kapcsolati, viselkedési mintázatok. A történetek megbeszélésével, reflexiójával a belátás, a gyakorlatok tudatos felépítésével a korrekció lehetősége is adott. A folyamatban elsősorban a cselekvésből indulunk ki, de a feladatot követő feldolgozás, az átéltek verbalizálásának elősegítése legalább akkora hangsúlyt kap, mint maga a cselekvés.

A cselekvés jelentősége

Nagy érzelmi igénybevételt jelent a segítő foglalkozásúak számára a súlyos mentális zavarokban szenvedő páciensekkel való munka, főleg olyan intézményi elrendezésben, ahol a páciensekkel való intenzív együttlét képezi a nap legnagyobb részét. A terápiás közösségekben a nap legnagyobb részében különböző strukturált illetve kevésbé strukturált helyzetekben a személyzet folyamatosan ki van téve egy nyersebb, regresszívebb indulati – kapcsolati világ közegének, ami tükörjelenséggént a személyzet tagjai között is megjelenhet [Pedriali 1997]. Súlyosabb szelfzavarokkal illetve különböző eredetű pszichotikus állapotokkal járó kórképekben szenvedő páciensek kommunikációja jóval inkább kicselekvések mentén is megvalósul, mintsem verbális, szimbolikus kommunikáció révén. Fontos, hogy a segítő személyzet tudatában legyen ennek, és be tudja azonosítani azokat a legtöbbször nem-verbális, cselekedetekben megjelenő pszichikus tartalmat, melyek az adott kapcsolati helyzetre jellemző módon nem tudnak verbálisan megjelenni. A cselekvések kommunikatív

szerepének meghatározóbb a jelentősége abban az esetben, amikor a belső lelki realitás verbális megjelenítése akadályokba ütközik [Hinshelwood 2010]. Az együtt-cselekvés a kommunikáció alapvető formája, a reflektált együtt-cselekvés, akár páciens-páciens, akár személyzeti tag-páciens között, a terápiás közösségek jellegzetessége. A Thalassa Ház közösségének órarendjébe beillesztett közösségi 'tesz-vesz' foglalkozások reális „hasznuk” mellett a kapcsolatteremtésben, a lelki realitás megértésében segítenek. Ekkor a páciens és a személyzet problémamegoldó, realitásközelibb személyiségfunkciója kerül kapcsolatba valós és konkrét problémák révén, ami gyakorlati szinten teremt kapcsolatot. A közös gyakorlati cél megvalósítása során a páciens az agenciájában sérült ágens, ehhez kapcsolódik egy kompetensebb, „tanító” funkcióval a személyzet agenciája.

Korábbiakból látható, hogy közösségünkben gazdag tárháza van a performativitásnak strukturáltan is, de ez, nyilvánvalóan, a mindennapjainkat is átszövi: egy jelenet a folyosón vagy ebédkor is sok olyan elemet tartalmaz, amiben az jelenik meg, amit elmondani nehéz. Az ezernyi helyzetben kinek-kinek megjelenik saját fájdalmas története, amit ha észreveszünk, igyekszünk szóvá tenni, megbeszélhetővé változtatni. Az a gátolt páciens, akit csoportokon mindenkit támogatva bíztat a megnyilatkozásra, 'tesz-veszen' nyíltabban mutatja meg indulatát, ha nehezebb kiszedni egy fatönköt az elvártnál, amire azonnal és meglepő pontossággal kaphat visszajelzést társától. A pszichotikus páciens, aki a közösségi létet megelőzően napjait tétlenséggel töltötte, lassan eszmélhet, ahogyan értékeli társai, mert kézbe vette, s szervezi a hétvégéket. S a páciens, aki legyőzi az intézetvezetőt a ping-pong bajnokságon, könnyebben kezd el mesélni apjáról is a verbális kiscsoporton. Ezeket a mozzanatokat igyekszünk esetmegbeszéléseinken is integrálni a csoportok világában törtétekkel.

Elméleti háttér: a performatív fordulat

A Thalassa Ház terápiás közösségének világa igen sajátos „átmeneti teret” valósít meg. A konkrét terek, felületek, a kert a növényeivel, a különféle aktivitásaink lenyomata ugyanúgy, mint ahogy konkrét testi jelenlétünk, cselekedeteink, az együtt-étkezésektől, a tűzrakáson, játékokon át a kapálásig, egyszerre alakítja konkrét-testies valóságunkat és egyszerre hordoz sűrű jelentésséget. Ebben az értelemben „színházszerű” világ ez. Az események érzékletesen átélt élményminőségeinek és azok megragadható formavilágának igen nagy szerepe van társas valóságunk és személyes történeteink megértésében, a változás folyamatának megtestesítésében. A kiteljesedő jelenlét folyamatosan áttörné a határokat, úgy személyesen, mint intézményesen: a kapcsolat, vagy hiányának megértése szül aztán belátást és megálljt a határon, avagy éppen formálja át határainkat.

A klasszikusan strukturális zavarokként kezelt szelfzavarok alapja a korai kötődési világ illeszkedési, hangoltsági problémája, majd az óhatatlanul jelenlévő masszív traumatizáció, a későbbi abuzív kapcsolódási mintákkal. Egyszerűbben szólva, pacienseink nem kapták meg azt a szeretetet, odafigyelést és elismerést, amire szükségük lett volna, ugyanakkor ki voltak téve felnőtt környezetük szenvedélyes kiéléseinek. Stresszkezelésük nyers, pszichofiziológiai egyensúlyukat nagyon nehezen tudják kontrollálni kapcsolati-szimbolikus eszközökkel. A traumatizáló kötődési, kapcsolati minták, események, a gyengédség hiányzó közegének világában nem emlékként, szimbolikus entitásként, elmesélhető dologként vannak jelen, hanem pszichofiziológiai állapotok bármikor megéledő kognitív mintázataként („forró kogníció”), mely állapotok kontrollja főként azonnali cselekvésre sarkall. Ily módon a múlt (a hiány, düh, fájdalom) folyamatosan jelen van. A szelfzavarok terápiájának világában kitüntetetten fontos ennek a jelenlétnek (hiánynak) a meg(ki-)élése – reflexiója, a másik nem re-prezentált, hanem prezentált valóságához való kapcsolódás. A test konkrét valóságában, a gesztusokban, a tettekben és cselekedetekben jelenik meg ennek a fájdalmas, kapcsolatvesztett világnak minden elmondhatatlan nyoma, a történetet (narratívát) már a kapcsolat tudja

kibontani a születő képekből. Képossé kell válnunk szavakba önteni érzéseinket. Eme itt és most jelentőségéről Sternt idéztük korábban: „Minél intenzívebben érint egy interszubjektív kapcsolódás implicit tudástartalmat, annál inkább vonódik be a nonverbális, a test a reakcióba.” [Stern 2004, p. 145]

A terápiás közösség világa, a maga írott és íratlan szabályaival, szokásaival, hangoltságaival, tipikus reakcióival, örömeivel és bánataival, hangsúlyos határaival konkrét és sűrű közeget ad ezeknek a cselekedeteknek. Ebben a *kultúrában* egyszerre jelenhet meg a cselekedetek közösségi – kulturális *jelentése*, etikai – pszichológiai (terápiás) *értelme* a megértés során, de egyszerre *át is éljük* az azok általi érintettségünket *testi*, érzékletes-érzéki kitettségünkkel, és *reflektálunk* rájuk nemegyszer szintén *performatív* módon.

A közösség, világos határaival és komplex „belső” életével, maga is érzékelhető módon organikus egészként adott a tagok számára. Ami megeshet velünk, a közösség „testével” esik meg, a határsértések, határátlépések, határfeszítések adhatják az érzékletes terepet a terápiás munka fázisainak átlépésekor. Ennek az „egésznek” az élménye tud katartikus lenni a társas magunk átélésekor [Ormay 2010]. Ez a transzgresszivitás a közösségnek, mint intézménynek is a lényegéhez tartozik, egyre több, létünket meghatározó mozzanatot bevonni hatókörünkbe, kitolva, adott esetben átlépve határainkat.

A pszichoanalízis ismeretelméleti és konceptuális paradigma - változásaiban („linguistic turn”, „iconic turn”, „intersubjective turn”) nyomkövethető a medialitás egyfajta változása is. Ahogy a szellem- és társadalomtudományok ismeretelméleti trendjében megjelenő „performatív fordulat” jelöli a korábbi hermeneutikai, fenomenológiai és szemiotikai eszköztárral nehezen megragadható, elmosódó határu közösségi és művészeti aktivitások megértésének lehetséges kereteit [Orbán 2010], úgy a pszichoanalitikus gondolkodás világában is megjelenik ennek a fordulatnak a relevanciája.

Itt egy „színtér” (kapcsolat, közösség) világában az események relevanciája nemcsak (szimbolikus-társas) *jelentésükben*, nem is csak az általuk megjelenített (dramatikus) narratíva révén, hanem konkrét megtestesültségükben, eme megtestesültség itt és most fizikai – szenzuális – átélésében is megragadható, az

érzékletesség valamilyenféle személyes artikulálásában. Ez az artikuláció új megismeréshez vezethet, például oly módon, ahogy Nietzsche elemezte a nem etikai természetű igazság megközelítését [Nietzsche 1992].

Egy tett, társas cselekvés, közösségi esemény érzékletességében formálhatja át, alkothatja meg, ami aztán a kapcsolatban jelentést szülhet. Nem re-prezentatív, hanem prezentál – létrehoz, „alkot” az itt-és-mostban. Így kapcsolódhat közvetlen módon össze például egy testi és közösségi élmény. A gondolat előképe lehet a pszichoanalitikus gondolkodásban például ahogy Rank Ferenczivel közösen írott könyvében ír a pszichoterápiás folyamat „művészi – performatív” természetéről, és ahogyan az interszubjektivitás is megjelenik itt [Ferenczi, Rank 1924].

A terápiás közösség személyközi terében töltött mindennapok cselekvései, performatív mozzanatai nagy kihívást jelentenek a pszichoanalitikus gondolkodás számára, hiszen ezek szemiotikai értelemben egyfajta átmeneti valóságban léteznek. Ily módon, egy cselekvés, például önsértés, együttműködési keretek megsértése, pszichodinamikai értelemben lehet egyfelől acting out az adott terápiás kapcsolatban/térben, mint regresszió, de performativitását tekintve a közösséghez való hozzákapcsolódás aktusát is megvalósíthatja, fókuszba hozhatja a közösség diszfunkcionalitását, és eme transzgresszivitásánál fogva előrevívó lehet. A létező határok jelölik ki azokat a lehetőségeket, amik egy kultúra identitását adják. Van, ami még elméletben sem történhet meg. Gondoljuk ezt. A fejlődés „thalassa” gondolata, mint a regressziót követő szimbolikus progresszió [Ferenczi 1928], itt a személyközi tér adta egyidejűségben tud megjelenni, amennyiben a tagok ki tudják bányászni a konkrét testi, pszichofiziológiai érintettségükből a társas jelentést, a szavakat.

Amikor egy eseménynek, cselekvésnek a közösség jelentést ad, akkor ez nem csak a cselekedeteink és döntéseink tudattalan hátterének feltárásában segíthet, hanem közösségi értelmet is konstruál. Ez a társas jelentésfeltáró folyamat gyakran kulturális identitásunk elemeire is rákérdezhet.

Élményalapú csoportok a Thalassa Házban - a játék valósága

A tapasztalati tanulás röviden nem más, mint reflektált együtt cselekvés által tudásra szert tenni. E megszerzett tudás mivel tapasztalaton alapul nem elméleti tudás, hanem átélés mentén rögzül. A tapasztalati „tanítás” egy olyan módszertan, amely célirányosan, a közvetlen tapasztalást elősegítve, irányított reflexióval történik a tanuló tudásának növelése, készségeinek fejlesztése, értékeinek tisztázása és az egyén közösségi szemléletének fejlesztése érdekében. Elsődleges alapelv az „agy-szív és a kéz” összekötése, ami a bevonódás fizikai, érzelmi és kognitív aspektusait jelöli. Az aktivitások túlnyomóan a természetben történnek, hiszen a természet a legoptimálisabb tanuló környezet ehhez. A tapasztalatok úgy épülnek fel, hogy kezdeményezésre és döntésre készítetik a résztvevőt és felelőssé teszik őt a következményekért. A tapasztalati tanulás folyamata során a résztvevő aktívan bevonódik kérdések felvetésébe, a vizsgálódásba, kísérletezésbe, problémamegoldásba, a felelősségvállalásba. Megtapasztalhatja a sikert, a kudarcot, a kalandot, a kockázatvállalást, a bizonytalanságot, és azt is, hogy a tapasztalások kimenetelei tökéletesen nem bejósolhatóak. Lehetőség nyílik a résztvevők számára is saját értékeik felderítésére, vizsgálására is.

Az élményterápiát, élmény alapú terápiát legegyszerűbben úgy határozhatjuk meg, mint a tapasztalati tanulás terápiás alkalmazását.

Az elsőre akár játékosnak tűnő folyamatban a csoporttagok kihívást jelentő szituációval kerülnek szembe, ahol adott egy közös cél. A sokszor szokatlan, természetközeli helyzetekben a résztvevők performatív jelenléte hangsúlyos, az ahogyan az adott csoportban tesznek, vagy nem tesznek meg valamit, ahogyan kommunikálnak, ahogyan reagálnak egymásra és a helyzetre. Milyen szerepet vállalnak, milyen a viszonyuk a helyzethez, saját magukhoz, a többi csoporttaghoz. A szelf tehát „megtestesül” a performativitásban, amit a feladatot követően a történetek feldolgozása, a diszkusszió során van lehetőség tudatossá tenni, verbalizálni. A feladatban megélt gondolatok, érzelmek, viselkedési minták túlmutatnak az adott 'itt és most' helyzeten, a személyt egyébként is jellemző mintázatok válnak így átélhetővé, tudatosíthatóvá, és új megküzdések is kipróbálhatók egy folyamat során. A kihívást jelentő feladat mellett tehát a

megbeszélés, a történetek feldolgozása, a diszkusszió legalább olyan lényeges eleme az élményterápiának mint maga a cselekvés.

A kihívás egyrészt ahhoz szükséges hogy a résztvevő kilépjen a komfortzónájából, a megszokásai, vélt korlátai közül, és a szokásostól eltérő, új viselkedési, kommunikációs stratégiákat, új hozzáállást próbáljon ki. Másrészt azért lényeges, hogy a feladat se túl könnyű, se túl nehéz ne legyen, hogy jelentős és többrétű bevonódás jöhessen létre. Ez a tudatállapot a gyermekkorból ismert, játékhelyzetben átélt bevonódáshoz hasonlítható, amikor szinte megszűnik a külvilág, megváltozik az időélmény, csak az 'itt és most' van. Annak sem elhanyagolható a jelentősége, ha úgy érezzük, hogy alaposan megdolgoztunk egy cél érdekében, mert így a sikerélmény nem marad el, ami jótékonyan hat a csoport kohéziójára, hiszen a közös cél érdekében sikerült az összefogás. Amennyiben a feladatot nem sikerül megoldani, ez lehetőséget teremt arra, hogy reflektáljunk arra, ami történt, felderítsük a kudarc személyes és közösségi motívumait.

Vannak elsősorban problémamegoldó vagy bizalmi feladatok, alacsonyabb és magasabb kihívást jelentő elemek, egyéni, páros és csoportos gyakorlatok. Egyes feladatokhoz elég egy labda vagy néhány szék, míg más gyakorlatok eszközigényesebbek, kötél- és biztonságtechnikai ismeretek, alacsony- és magas kötélpálya elemek szükségesek. A szabad ég alatt, a természetben folytatott, magas kihívással járó terápiás folyamatokat angol nyelvterületen 'adventure therapy' kifejezéssel illetik. A magyarra élményterápiaként lefordított módszertan neve azt jelzi egyrészt, hogy az 'élmény' olyan tapasztalás, ami érzelmekkel jár együtt és a folyamat gerincét az egymást követő tudatosan felépített, emlékezetes, intenzív érzelmekkel átélt tapasztalási helyzetek jelölik ki. Másrészt a módszer nyitott más olyan terápiás modalitások, technikák felé, amelyek élményen, aktivitáson (alkotás, mozgás, tánc, dráma) alapulnak.

Havi egy alkalommal, a közösségi 'tesz-vesz' idejében kaptak helyet a tapasztalati tanuláson alapuló, együttműködést igénylő, különböző játékos aktivitások, ahol a személyzeti tagok is résztvevőként vannak jelen a folyamatban. Ennek meglátásunk szerint több aspecifikus hozadéka is van: egyrészt a szimmetria

„élménye” felé mozdítanak azok a helyzetek, ahol személyzeti tag és páciens együtt, közös cél érdekében mozgósítja erőforrásait. Másrészt a terápiás közösségre egyébként jellemző, érzelmileg erősen terhelt kapcsolati szövet ebben az oldott, felszabadult, játékos helyzetben tehermentesítődik. Például a rögzült attitűdökből való kilépést előmozdíthatja, új érzelmi perspektívából való megközelítést adhat a megértés számára, ahogyan egy kis szőnyeglapon egyensúlyozva, egymást megtartva, a közös egyensúlyt fenntartva működik együtt páciens és terapeutája. E speciális helyzetekben, a közösség napi valóságának „mintha terén” belül a játék valóságában találják magukat a résztvevők, ahol a fizikai érintkezés jelentése megváltozik, de az alapvető szabályok természetesen ugyanúgy érvényesek. Az alapvető különbség ezekben a helyzetekben abban jelenik meg, hogy a definitív pszichoterápiás aktivitásokon túl a személyzet itt bekerül a terápiás közösség mindennapi „érintkezési világába”. Míg a pszichoterápiás aktivitások mindenkori szabályrendszere a módszerspecifikumnak megfelelően szabályozza a testi érintkezés módját – és ez minden résztvevő számára világos korlát az adott csoporton, addig a játék és a fizikai munka valósága gyakran evidens módon hozza bizonyos érintések, a válllvetve munkálkodás helyzeteit. A jelentés itt annyiban más, hogy ezek megtörténne az adott közös valóság interszubjektív-performatív mozzanataiként artikulálódik, nem pedig egy áttételi diskurzusban leli meg relevanciáját, ilyen módon mindenki számára egyaránt átélhető valóság, nincs kitüntetettje. A feladatok egy része pedig oly módon megtervezett, hogy még ha több csapat vesz is részt egyszerre, rivalizációs helyzetben, a feladat struktúrája révén akkor sikerebb a közösség, ha a külön csapatok is közösségként gondolnak magukra, együttműködnek és összegzik erejüket. Ennek típusos példája volt megfigyelhető a klasszikus „kék-piros” játékban, ami a fogoly dilemmán alapul. A dilemma röviden úgy foglалható össze, hogy a kölcsönös bizalom hosszú távon kifizetődőbb, mint az önző, versengő, a másikat nem tekintetbe vevő hozzáállás:

Két csapat vesz részt a játékban. Az elején, amikor még mindkettő csapat egy térben van, az instrukció a következő: „Mindkét csapat igyekezzon a játék végére pozitív pontszámot elérni.” Ezt követően a játék végéig a két csapat külön helyiségben van, tehát külön hoz döntéseket minden körben. Arról döntenek, hogy a piros vagy a kék színt válasszák – e,

úgy hogy a másik csapat döntéséről csak utólag, minden egyes kör után kapnak információt.

A csapat választása	B csapat választása	A csapat pontszáma	B csapat pontszáma
Piros	Piros	+3	+3
Piros	Kék	-3	+6
Kék	Piros	+6	-3
Kék	Kék	-3	-3

1. táblázat: Kék-piros játék

Ha mindketten pirost választanak, az a legkedvezőbb mindkét csapat számára, de nem tudja az egyik csapat, hogyan fog dönteni a másik az adott körben. Ráadásul, ha pirosat választ egy csapat, avval kockáztat, mert ha a másik csapat a kék mellett dönt, akkor az a pirosra szavazóknak „veszteség”, a kékre szavazóknak nagyobb „nyereség”. Ha a kéket választja az egyik csapat, akkor kevesebb pontot veszíthet, és több pontot nyerhet, viszont a másik csapat veszít pontot, ha pirosra szavaz. A kék választása tehát a biztonsági játék, az önös, kompetitív alapon szerveződő döntés, ugyanakkor a piros választása pedig a kölcsönös bizalmon alapuló, ámde kockázatosabb döntés. A játékban 3 kör után arra is van lehetőség, hogy a csapatok egy-egy hírvivő révén információt cseréljenek, és közös stratégiát alakítsanak ki. Persze a csapatokban fel szokott merülni az is, hogy mást mondanak, mint amit aztán tesznek, ezzel félrevezetve a másik csapatot. A játék alkalmas például arra, hogy a közösség szintjén kiderüljön, hogyan is áll az adott közösség a bizalommal vagy a versengéssel: inkább biztonsági játékot űznek, vagy mernek kockáztatni bízva a másikban. Minden szavazást megelőz az adott csapaton belüli egyeztetés, ahol a hozzászólások alapján a személyes preferenciák, értékek, a bizalomhoz, versengéshez való viszony szintén megjelenhet. A vizsgálatok azt igazolják, hogy a kölcsönös együttműködés váltja ki belőlünk a legnagyobb elégedettséget, nagyobb jutalomértéke van, mintha „nekem jó és a másik a vesztes” [Bereczkei 2014]. Mindezt – ha jól van vezetve a játék – a közösség átélés szintjén is érzékelni tudja a játékban. A játék ugyanakkor fenntart egy illúziót is, nevezetesen, hogy van egy objektív, tőlünk független, „igazságos” játékszabály, és egy, az annak betartását érvényesítő instancia. Keservesebb lenne a tanulság, ha a játékszabályokat és azok betartását is a két csapatnak kellene realizálnia.

A játék teremtette „mintha térben” bár a helyzet szimulált, a felbukkanó gondolatok, érzések, viselkedésminták valóságok, az adott személyt jellemzik. A feladatot követő feldolgozás, diszkusszió során lehet a játékban átélteket összekapcsolni, *a csoport és a közösség szempontjából releváns mozzanatok az egyén személyes valóságával*, a cselekvések mögötti tudatos és tudattalan mozzanatok verbalizálásának elősegítése révén.

Egy rövid példa a saját motívumok megtapasztalására: egy 30 év körüli nő páciens azért érkezett a közösségbe, mert kisdéd gyermekével szemben agresszív fantáziái voltak és attól félt, hogy nem tudja ellátni megfelelően gyerekeit. A közösségben látható volt a keretek tartásának, a szabályok elfogadásának, a felelősség felvállalásának a nehézsége. Sokszor késett, előbb elment vagy csoportra egyáltalán nem ment be, de az erre vonatkozó jelzéseket nagyon nehezen fogadta, többnyire ellenállást váltott ki belőle. Az egyik játékban, ahol háromféle szerepkörben tudta kipróbálni magát, mindig pont azt tette, ami az adott szerepkörben tiltott volt. Amikor be volt kötve a szeme akkor lesett, amikor nem szabadott beszélnie csak mutogatnia, akkor beszélt, amikor pedig nem fordulhatott hátra, akkor nézelődött hátrafelé. A játékot követő megbeszélésen azonban láthatóan sikerült számára visszajelezni, hogy a játékban tanúsított működése, hogyan kapcsolható össze azzal, ahogyan a közösségben, vagy ahogyan az életében jelen van. A játékot követő oldott hangulatú megbeszélésen úgy látszott, hogy sokkal inkább be tudja fogadni a játék világában keletkező visszajelzést. A társas, kapcsolati működésre vonatkozóan tehát a résztvevők jelzést tudnak adni egymásnak és értékes szempontokat kaphatnak saját kapcsolati működésük vonatkozásában.

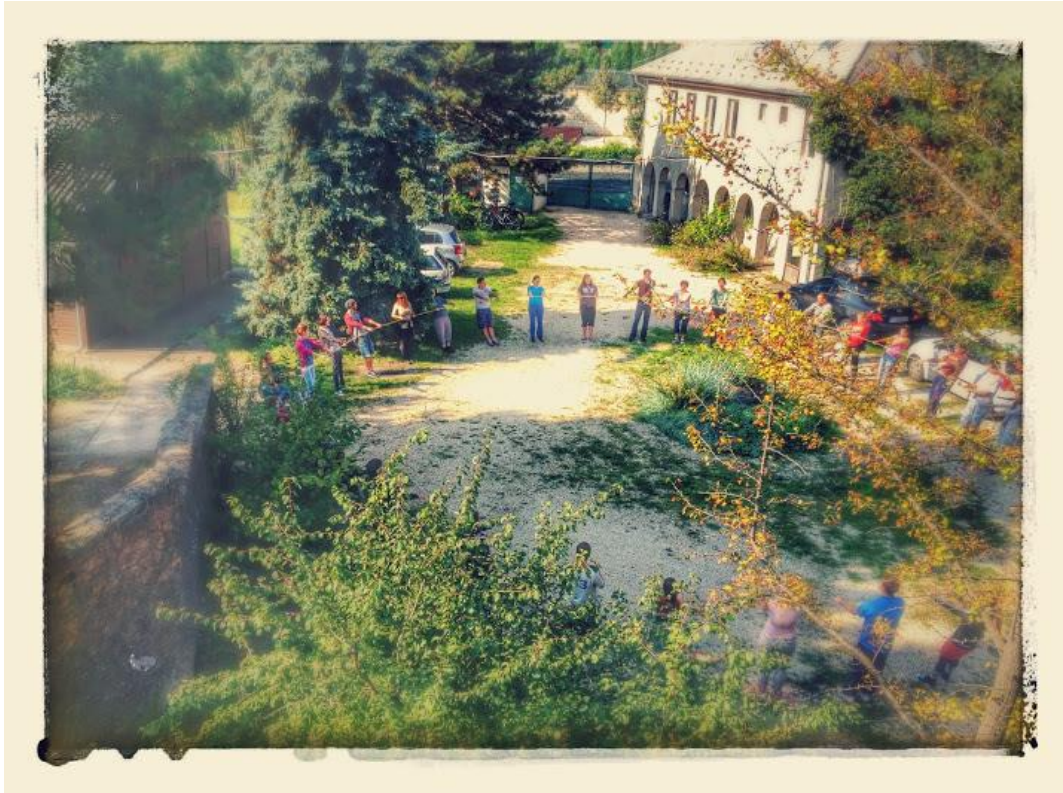
Volt páciensünk szavai szerint:

„Megtettem a legkevesebbet: minden nap pontosan érkeztem, a házimunkákat itt is utáltam, de azért be-beszálltam és rendesen jártam a csoportfoglalkozásokra, igyekeztem magamról beszélni és meghallgatni másokat – egyik sem volt könnyű. Hetek, aztán hónapok teltek el, ősz lett, aztán tél és azt vettem észre, hogy a gimnázium eleje óta először rendszeresen élek. 'Dolgom van, fontos dolgom, fel kell kelnem, időre megyek, várom már, hogy találkozzam X-szel, tudom, hogy Y számít rám, kapcsolataim vannak és feladataim.' Sokkal jobban voltam már. Céljaim még nem voltak, nem tudtam, hova vezet ez az út, de nem is érdekelt. Jó volt a jelenben élni, és a magányos rágódás helyett jó volt mások segítségével dolgozni fel a múltat és óvatosan tervezgetni a közeli jövőt.”



1. illusztráció

Kerti munka a közösségben



2. illusztráció

Outdoor gyakorlaton igyekszik a teljes közösség megtalálni egyensúlyát

II. RÉSZ

1. FEJEZET

A közösségi hatékonyság elemei

Az Intézet kórházként, önálló tevékenységének megkezdésétől kezdve a társadalombiztosítás finanszírozásából, alapítványi hozzájárulásokból és pályázaton elnyert erőforrásokból tartja fenn működését. Lévéen nem állami fenntartású, a magyar egészségügyi rendszeren belül „civil” státuszú, működését a közvetlen bevételeiből kell finanszíroznia, intézményként nem adottak számára az állami intézmények működési támogatásai, nem lehet adóssága a szolgáltatók felé. Ily módon alapvető érdekünk, hogy a terápiás közösség hatékonyságán alapuló mindenkori teljesítményünk finanszírozni tudja a betegellátás, kutatás, oktatás költségeit. Évente kb. 250 – 300 paciens kezelését végezzük, első interjúinkon hetente 6 – 12 érdeklődő jelenik meg, akiket zömében társintézményeink irányítanak hozzánk, vagy az ismertség, internetes tájékozódás alapján találunk a Thalassa Házra. Létérdekünk, hogy a jó teljesítmény, a jó „klinikai output” képe hozzátartozzon intézményünkhöz. (Az életminőség és klinikai tüneti kép változásának utánpótlásos vizsgálatáról a III. részben számolunk be.)

Az akciókutatások szükségessége

Az Intézet működésének megkezdése után, tapasztalva a rendszer hatékonyságát, a hatodik - hetedik évtől kezdve fordult figyelmünk – és rendelkezünk kellő erőforrással – a terápiás közösség hatótényezőinek vizsgálata, azonosítása felé. A terápiás közösségben, mint komplex rendszerben, ahol különféle színtereken különféle szereplőkkel különféle aktivitásokban vesznek részt pacienseink,

roppant nagy kihívásnak tűnt a közösség agenciájának konkrét hatásmechanizmusait azonosítani. Kérdésként körvonalazódott számunkra, hogy hogyan megragadhatóak a paciensek terápiás folyamatának azon releváns elemei, melyek a változási folyamat feltételeiként koncipiálhatóak, *még ha azok nem is tudatosak*. A változás – ahogyan a probléma is – gyakran nem reflektált a maga teljes, többdimenziós valóságában, gyakorta tapasztaljuk, ahogy pacienseink beszámolnak: *valahogy* megváltozott aktivitásuk, személyközi érzékelésük, pszichofiziológiai egyensúlyukat jobban tudják kontrollálni, életükben markánsabb agenciával, önállóbb módon vannak jelen. (A klinikai tüneti kép változása, *mintegy természetes velejárója* ennek a változásnak.)

Intézetünkben időről – időre akciókutatásokat tervezünk és valósítunk meg, hogy megragadhatjuk a terápiás közösség hatékonyságának elemeit, ennek pszichikus dimenzióit. Az akciókutatások jellemzően kvalitatív – szemikvantitatív módszertanon alapulnak, félig – strukturált interjúk és részletes biográfiai anamnézisek felvételét követően az interjúk teljes átírt szövegét elemezzük meghatározott szempontok szerint. Jelen dolgozatunkban két ilyen vizsgálatról számolunk be, az interjúk módszertanának részletes leírását az egyes vizsgálatoknál tesszük meg. Mindkét vizsgálatunkban részben közös szempontként és módszertanként használtuk a paciensektől kapott vizsgált szövegek megértése során, a (fogalmi) metaforák azonosítását és elemzését.

A metaforák használatának kitüntetett szerepe

„... a nyelv valójában *kétélű fegyver*. Azt is előidézheti, hogy az élmény egyes részeit kevésbé tudjuk megosztani magunkkal és a többiekkel. *Éket ver* a személyközi élmény két párhuzamos alakja közé: ahogy azt megéljük, és ahogy szavakban megjelenítjük.” [Stern 2002, p. 174., *kiemelés Z. Zs*]

Stern a „Csecsemő személyközi világa” címmel írott könyvében, a verbális szelférzetet tárgyaló fejezetének bevezetőjében írta ezeket a sorokat. *Pregnáns*

metaforákat használ a nyelv működésének leírására. Ezek a metaforák a sebzés, a fájdalom képzetét idézik, ahogy a magyarban is a „hasítás” a fájdalom szavunk etimológiai gyökere. Ami fáj, az az igazság, szoktuk mondani, pontosabban az igazsággal való találkozás. Az igazsággal való találkozás, amikor a múlt fájó emléknymai és reflektálatlan kapcsolati mozzanataink fogalmilag is megragadhatók már magunkban. Ám van úgy, hogy csak a fájdalom van meg az igazság nélkül, tekintve hogy ez utóbbi diszkurzív természetű és nem mindenkinek van meg a nyelvi kompetenciája érzései, gondolatai, emlékei és állapotai verbális megosztására, arra, hogy meg tudja fogalmazni emlékeit és testi – vegetatív érzetei gyökerét *egy adott kapcsolati helyzetben*.

Gyermekkorban egy traumás kapcsolati helyzet aktivációs mintái (a „társas élmény”) a megélt stressz miatt nem mindig tudatosulnak, így nem kerülnek balféltekei szimbolikus nyelvi feldolgozásra. Az ilyen ember bizonyos külső vagy belső kioldó ingerekre újra és újra öntudatlanul megismétli az őt ért eredeti trauma *jelenetét* [Vas 2011]. Azokat a traumatikus kapcsolati helyzetekben létrejött állapotokat, melyek sem kapcsolati, sem pedig pszichofiziológiai értelemben nem tudtak konszolidálódni, a humán neuropszichofiziológia a „forró emléknym” metaforával írja le. Kapcsolat és sajátállapot széthasadtsága miatt ez nem reflektálható sajátélmény és nem emlék. Ezek az aktiválódási mintázatok folyamatos jelenként élnek bennünk, készen állva, hogy bármikor megjelenjenek, ha hasonló kapcsolati helyzetbe kerülünk, a testünk emlékezik így.

A nyelv rendelkezik azzal a kapacitással, hogy hatókörébe vonjon érzékletes, érzéki, testben megélt mozzanatok. Megvannak erre a poétikai, képi eszközei, és egy ilyen eszköz a metafora is. A nyelvvel össze tudjuk kapcsolni a világ érzékelésünk számára hozzáférhető „külső”, nyers dolgait szimbolikus univerzumunkkal, és a nyelv képes átvinni szemléleti, érzékletes tapasztalásunk leírását a belső, „lelki” világunk dolgaira valamely észlelt azonosság alapján. Ez az átvitel a metafora szerkezete. Ahogy a metafora valamely „külső” dolog szemléletes, érzéki tapasztalásának **átvitele** egy alapvetően nem érzékletes, „belső”, „elvont”, „lelki” entitásra, élményre, úgy érthető, hogy számos, az emberi

világ számunkra fontos mozzanata máshogy nem is, csak metaforák képével írhatóak le. Ezek az ún. abszolút metaforák [Blumenberg 2006], ilyen például, ahogy az igazság természetéről beszélünk (*kiderül, homályban marad, győz*), vagy a szelf állapotáról (*hasadt szív*), esetleg szelftárgy – áttételi problematikáról (*szedd össze magad szívem*).

A fogalmi metafora esetünkben releváns értelmezése szerint olyan nyelvi eszköz, ahol az elvontabb, „belső” (ez is egy ilyen metafora), lelki, kapcsolati mozzanatainkat (**céltartomány**) olyan verbális kifejezések használatával igyekszünk megosztani – gyakran nem is tudnánk máshogy – melyek eredete a konkrét, érzéki, testies valóságunkban *gyökeredzik* (**forrástartomány**). [Kövecses 2005] (Pl. egy terápiás folyamat kezdete *mély sebeket tép föl*, és ezáltal *nehezen vihető* lesz valaki számára. Vagy ahogy egy színházi előadás *nyomasztó* világáról beszélünk, ahol nehéz lenne külön-külön kiemelni a díszlet, színpadkép, világítás, a szöveg, a dikció, a színészi jelenlét, stb. egyedi vonásait, ami *valahogy* hozzájárult ehhez.)

A metafora szerkezetében rejlő „átvitel”, mint összekapcsolási mozzanat egyszerre jelenti és jeleníti meg a személyközi összekapcsolódásban születő jelentést (szimbolikus kapcsolódik valami nyershez) és a kollektív, társas tudás beépülését valaki személyes, egyedi, testi világába (anya kapcsolódik beszélni még nem tudó gyermekéhez). Az átvitel személyközi alapja a gyengédség, az az elég jó érzelmi kapcsolat, ahol a szülő közvetíti a nyelv univerzumát a gyermek felé, hogy ezzel ő is meg tudja osztani állapotait, érzéseit.

Így jön létre az átvitt, belső, metaforikus értelem. Az értelmet nem az értelem viszi át, ugyanis az érzelmileg elutasító, szeretettelen vagy traumatizáló kapcsolat jelentősen beszűkíti azt a kialakuló szimbolikus kapacitásunkat, hogy metaforikusan (átvitten) is értsünk dolgokat.

A magyar nyelvben a lelki életre vonatkozó kifejezéseink zöme őrzi ezt a konkrét, érzéki és személyközi mozzanatot. (Pl. a bizalom működésének metaforái: kezdetben *rábízom magam valakire*, majd *megbízom benne*, gyermekként *érzelmeim tükröződnek gondozóm arcán*, később, felnőttként azt mondjuk, valaki *érzelmei tükröződnek saját arcán*, pedig, strukturálisan, az már nem „tükrözés”,

illetve pontosabban így szólna ez: *az érzelmei tükröződnek az arcán – bennem.*)

A külső „kapcsolati” belsővé válik és a belső így megoszthatóvá egy kapcsolatban.

Mindennapi életünkben érzéseinkről, kapcsolatainkról és akár testi szintű szelférzeteinkről tűnődve, azokat megfogalmazva gyakorta használunk metaforikus struktúrákat öntudatlanul is, mögöttes fogalmi keretet adva élményeinknek. (Pl. ahogy egy *szilárd alapokon nyugvónak* hitt kapcsolat *összeomlásáról* beszélünk, öntudatlanul is az „*építmény*” fogalmi metaforájával kezeljük ezt a jelenséget. Forrástartomány: „építmény érzékelhető struktúrája”, céltartomány: a kapcsolat megélt világa.) A kognitív nyelvészet „kognitív tudattalanról” beszél itt, ezek a struktúrák nemcsak kifejezik, hanem szervezik is tapasztalatunkat. [Lakoff, Johnson 1999]

„A metaforáknak itt tárgyalt funkciójukban egyáltalán nem kell megjelenniük a nyelvi kifejezés szintjén; ugyanakkor az állítások összefüggése egyszer csak egyetlen értelmi egységgé áll össze, mielőtt sikerül hipotetikusán feltárni azt a vezérlő metaforikus képzetet, amelyről ezen állítások „leolvashatóak” [Blumenberg 2006, 212. o.]. A pszichoterápia világában a törések és traumák megragadhatóságáról Stern is a „kulcsmetafora” fogalmával gondolkodik. [Stern 2002]

Pacienseink, ahogy jelentős erőfeszítést tesznek a mindennapitól jelentősen eltérő, a köznapi kollektív tudással nehezen leírható élményminőségeik megfogalmazására, gyakorta igen kreatív képekben fogalmazzák meg ezeket. Így, ahogy képet alkotunk a lelki – kapcsolati zajlásról, egy kép értelme adott esetben nem (nyelvi, szimbolikus) narratív „jelentésében” tárul fel, hanem struktúrájában és szintaxisában. Ez a megközelítés eltér a pszichoanalízis hermenetikuai hagyományától és annak egy másik hagyományát, a fenomenológiai megközelítést hozza fókuszba. [Binswanger, Foucault 1992]

A metaforák segítenek leírni tapasztalásainkat, szervezik azokat, segítenek abban, hogy képet alkothassunk társas világunkban belső állapotainkról, de nem megbonthatatlan viszonylatok, hanem pragmatikus konstrukciók, melyeket adott esetben felülírhat tapasztalásunk, gondolkodásunk és belátásunk. „*A világ: híd.*

Kelj át rajta, de ne telepedjél le rá.” [idézi Blumenberg 2006] : a világ leírható a „híd” metaforájával adott esetben, ha így tudunk legjobban kommunikálni egymással annak vélt – tapasztalt természetéről, de nem rendezkedhetünk be erre, mert egyszer csak abban a helyzetben találhatjuk magunkat, hogy a „siralomvölgy” metafora használhatóbb leírást nyújt. A megértésben használjuk a metaforákat, valami felé haladva.

A metaforák használatának megértése esetünkben közelebb vihet egyfelől a verbálisan nehezen elérhető „belső” világunk alapvető pszichofiziológiai – kapcsolati mintázatainak, élményminőségeinek megértéséhez [Stern 2002, Lakoff 1999], másfelől, minthogy – a szignifikáció értelmében – komplexitásokra kondicionálódunk, képet adhat, *milyen kognitív konstrukciók szervezik életeseményeinkben való eligazodásunkat.*

Bemutatandó akciókutatásainkban a terápiás közösség élmény és reprezentációs világát verbálisan megjelenítő metaforák két nagy csoportjában azonosítottunk kifejezéseket, ahogyan azt az „alkalmazott” metaforológia leírja: a „dolgok” – esetünkben a közösség teljes világának – jellemzésére használt metaforákat („great chain metaphor”) és a viszonyulások jellemzésére használt (relációs) metaforákat („event structure metaphors”). [Kövecses 2011]

A metaforákat azonosítását alapvetően a „Pragglejaz csoport” módszertana alapján végeztük. [Kövecses 2007] A metaforák ily módon való azonosítása jelentős konceptualizálási kérdést és tisztázatlanságot implicál, de, ahogyan azt a kritikai diskurzusok is megfogalmazzák [Kövecses 2011], a gyakorlati, „alkalmazott” használatban egyszerűen nincs pontosabb, jobban használható, és releváns eredményeket hozó „objektívebb” módszer a metaforák egy bizonyos határon túli „intuitív” azonosításánál.

A terápiás közösség világának mentális képe

A továbbiakban a Thalassa Házban lezajlott első akciókutatásunk elemeit ismertetjük, ahogyan arról korábbi publikációnkban is beszámoltunk. [Zalka 2010]. 2009 - 2010 – ben végzett kutatásunk célja az volt, hogy képet kapjunk arról, milyen személyes modalitásokban élnek meg pacienseink a különféle terápiás terek és az egész terápiás közösség világát.

Módszer

Módszerként félig strukturált interjút használtunk, melyet külső munkatársunk készített azon pacienseinkkel, akik rehabilitációs programjuk utolsó harmadában járnak. Az interjú három részből áll: tartalmaz:

- egy részletes biográfiát (1.),
- valamint a paciens személyes elbeszélésében megfogalmazott válaszát a *„Hogyan élte meg azon terápiás aktivitások világát, melyekben részt vett, és a terápiás közösség egészét, hol, hogyan tudott kapcsolatba lépni problematikájával?”* (2.).
- Az interjú záró instrukciója egy kérdés volt: *„Próbálja meg egy rajzban megjeleníteni a terápiás közösség világát, ahogy az számára megragadható és néhány szóban értelmezze a képet!”* (3.).

Az interjúk hanganyagát rögzítettük, majd a szöveget szó szerint leírtuk és azt követően azonosítottuk, gyakoriság szerint csoportosítottuk az 1. és 2. részben a jellemző élménymodalitásokat, képi – érzékletességre utaló kifejezéseket és – ha előfordult – a használt metaforikákat. A 3. részben a korábban említett „dolgok” – esetünkben a közösség teljes világának – jellemzésére használt metaforákat („great chain metaphor”) azonosítottuk, ill. értelmeztük belső szerkezetét, amennyiben ez lehetséges volt.

Az elemzés egyik, számunkra e helyütt releváns értelmezési mezője az volt, hogy milyen személyes képi – metaforikus struktúrák játékba hozásával szervezik pacienseink terápiás élményeiket, hogyan alkotnak – szó szerint képet saját terápiás folyamatukról, annak életükben elfoglalt helyéről, módjáról. A kutatásban 26 paciens vett részt.

Az interjúk elemzése két, egymásra merőleges dimenzió mentén történt. Az egyik, „keresztmetszeti” dimenzióban, az egyes terápiás aktivitások modalitásának világa rajzolódik ki, az adott csoportra jellemzően használt leíró metaforák megidézte élményminőségekkel. A másik, „hosszmetszeti” dimenzió, a személyes terápia – történet képeit rajzolja ki és hozta izgalmas, számunkra váratlan összefüggésbe a biográfiában használt élménymegjelenítéssel.

A Thalassa Ház világában a korábban leírt, jól elkülönülő „csoportrétegek” vannak: a nonverbális performatív (zene és mozdulat) csoportok, a dramatikus és szimbolikus eszközökkel dolgozó alkotócsoportok (pszichodráma és művészetterápia, szocioterápia), valamint a verbális csoportok (verbális kiscsoport és nagycsoport). A nonverbális és alkotócsoportokon való részvétel differenciált, egyéni indikáció alapján dől el, a többi csoportokon való részvétel mindenkit érint.

Ahogy az az alkalmazott módszerspecifikum és annak elméleti háttére alapján evidensen várható volt, az egyes csoportok kapcsán előforduló képi modalitások, metaforikus fordulatok, jól érzékeltették az adott csoport „lelki munkaközegét”.

Eredmények

Az alábbiakban az egyes csoportok élményvilágáról szóló jellemző élményleírások, metaforika – csoportok gyakorisági előfordulását mutatjuk be

(dőlt betűvel a leggyakoribb megnyilatkozások, majd a jellemzőbb előfordulások):

mozdulatcsoport:

„az érintkezés mással” (14); „gyerekkor” (11); „tornaóra” (8);

„kifejezhetem az érzéseimet” (7);

„érintés”; „a testi jó érzés”; „elszigetelődés”; „nem tudok kibontakozni”;

„minden érintés hívja a gyerekkorom: magány és szeretethiány, dühös leszek”; „szembesít a vágással, magány, agresszió”;

Jellegzetes interjúrészlet:

„valaki felidézte a családot és magamat ütöttem – amikor anyám érzelmileg megtámadott, magamat ütöttem – kifelé fordulva feküdtem, magányosnak éreztem magam, eszembe jutott anyám – aztán megerőszakoltam a csoportot: mindenkinek azt kellett csinálni, amit én mutattam”

zenecsoport:

„kaosz” (11); „összehangolódás” (7);

„az érzések nem jelennek meg kézzelfoghatóan”; „ott adom ki a dühömet”; „jó, ha tudunk kapcsolódni egymáshoz”; „a zenében ott a csecsemő”; „féltem, hogy nem mennek az ütemek, hogy közöm lesz a zenéhez”; „altató”

A mozdulat és zenecsoporthoz a „nyersen” gyermeki terepe, szimbolikus eszköz közvetítettsége nélkül, a testi valóval, és a szomatikus szelférzetekkel dolgozva. Elsősorban a testbe szorult düh, agresszió megélésének és kezelésének terepe, a traumatikus leválás és kapcsolódás hívta feszültség megjelenése *társas helyzetben. Itt jelenik meg alapvető szinten az érzelmek azonosíthatósága és a társas helyzet szétválaszthatatlansága*. Ahhoz, hogy egyáltalán arról beszélhessek: kifejeztem az érzelmeimet, ahhoz alapvetően társas helyzet kell (az érzelem kifejezése: kommunikatív aktus, a „feeling felt” születése).

pszichodráma:

„játszani lehet” (18); „a szerep véd” (9); „tükör” (7);

„mint a valóságban, olyan vagyok”; „szerepben átélem, hogy velem történik”; „100%-ig átélem, hogy magam lehetek”; „a szerep megvéd a realitástól, a következményektől”; „a felelősség le van véve a vállamról a szerepben”; „varázslás”; „az igazit nem merem kitenni, de látom máson, hogy játékból elviselhető”

művészetterápia – szocioterápia:

„gyerekes dolog” (7); „biztonság” (6);

„gyerekrajzolás”; „oldottság”; „elengedettség”

A pszichodráma, a művészetterápia és a szocioterápia a „gyermeki világ” a terápiás közösség kultúráján belül, itt az egyik legfőbb megélt tapasztalati modalitás a *védettség*. Fontos szerepet játszik itt a szimbolikus eszközök használata. Ebben a relatíve biztonságos, „elfogadó” közegben nyílik lehetőség a konszolidáció megindulására: a reális önérzékelést segítő helyzetekben a lehasított, megtagadott személyiségrészek társas tükrözésével annak „befogadása” indulhat el. (A személyközi elfogadás a saját elfogadását, a személyközi

megengedés az elengedettség, oldottság érzetét hozza, a töredezett, hasadt részek összeforrásának képzetét.)

Társas viszonyainkra sokkal reflektálóbb megnyilatkozások szólnak a verbális aktivitású csoportok világáról:

nagycsoport:

„*család*” (12); *kaosz* (6); „*színház*” (4); „kiesett az idő”; „elvesznek a szálak”; „rossz képek”; „örület”; „mint egy szülés”; „nem tudom kifejezni véleményemet”; „nem vagyok önmagam”; „mások élik az életem”; „nem jutok szóhoz”;

verbális kiscsoport:

„azt hittem, hogy van bennem egy fekete szoba, de nem találtam és rájöttem, hogy én vagyok az”, „a nagycsoport felvakarja, a pszichodráma összesöpri, a Parton (*egyik verbális kiscsoport neve, ZZs*) meg előkerül a kosz alól az ember”, „agresszornak érzem magam, állatnak, de ott kapcsolom össze az érzéseimet mások gondolataival a visszajelzésekben”; „amikor ott elmondtam, úgy éreztem belém látnak, kendőben jártam”

A nagycsoport alapvetően regresszívebb szcénájában strukturálisan a család és annak tágabb kulturális kontextusa elevenedik meg, a különféle, duális, anya – gyermek mátrixban elfoglalt gondolkodási pozícióknak megfelelően, a triangularitás (a harmadik, az apa)– csoportérettségtől függő – megjelenéseivel. Ez a csoport a pszichofiziológiai szétkapcsoltság igazi terepe, annak számos, a kapcsolati helyzetekről lehasadt vegetatív jelenségével, a vegetatív szinten megélt zavarok képeivel. Verbális kiscsoportokon a fókusz a belátás/szégyen dimenzióban rajzolódik ki, a „találkozás” és az „önismereti félelem” képeivel.

A terápiás közösséggel, mint egészszel megélt modalitások, az intézménnyel való kapcsolat élményminőségei összetettebbek, többszörösen fókuszáltak. Itt a „Ház” metafora, a reparáció teljes mentális terének – világának – struktúrájára utal:

intézmény:

- „mikor idekerültem, olyan volt, mint egy infúzió”
- „mintha kikapcsoltak volna bennem egy riasztót”
- „mintha gyógyszert szednék”
- „túl sok az empátia”
- „csoportokon megtelek fekete folyadékkal, amit kiöklendeznék”
- „újra és újra kezdődnek a csoportok, jövünk vissza hétfőn, mintha mindig újjászületnénk”
- „pénteken meg partra vetnek”
- „láncreakció”

A közösséggel való kapcsolat képei strukturálisan kevésbé egységesek, „konfliktuózusabbak”. A terápiás folyamat küzdelme, az elhárítások és ellenállások képei ötvöződnek a reparáció saját képrendszerével. Kiemelkedik a határok megélésének fontossága, mint védelem, az oldottság / elengedettség állapotának konfliktusa a patológiás saját működés elfogadásával / elutasításával.

Az eddig tárgyalt „keresztmetszeti” dimenzió után most rátérünk az egyes paciensek által megélt „saját”, longitudinális dimenzióra, *a személyes terápiás folyamat* megéléséről megfogalmazott megnyilatkozásokra és képekre. Érdekes

módon pacienseinknek ez, a (3.) instrukció jelentette a legnagyobb problémát. Az intézményt a mindennapokban a „Ház” elnevezéssel emlegetjük, megbeszéléseken, csoportokon a „Ház” kifejezés jeleníti meg mindazt, amit a terápiás közösség adott pillanatban relevánsan jelent. (A „Ház” szabályai, a „Ház” bánásmódja, a „Ház” összetartása, a „Ház” határai, keretei és a „Ház” világa.) A 26 megkérdezett paciensből mindössze 19 – en készítettek rajzot és ebből 11 valamiféleképpen a „Házat” jelenítette meg többé – kevésbé realisztikus formában, 4 képen listaszerűen a terápiás aktivitások voltak felsorolva, 4 kép pedig olyan metaforikus struktúrát jelenített meg, melyek különösségében megragadható közös jellegzetességük mélyebb összefüggésekre utalhat a trauma és terápia összetartozása terén. A továbbiakban eme négy eset részletesebb bemutatása következik.

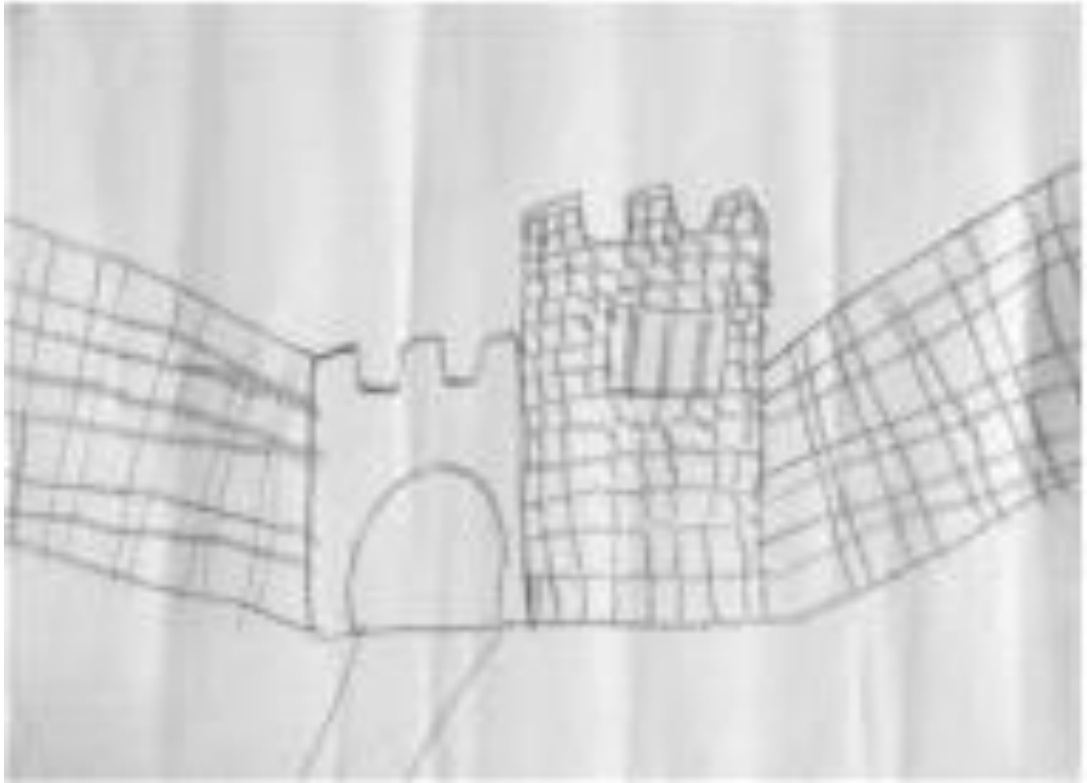
A négy paciens biográfiájának részletei, terápiás folyamatuk általuk megragadott mozzanatai, élményei és az egész Házhoz való viszonyukról alkotott rajzaik alapján azonosíthatunk olyan metaforikus struktúrákat, melyek, úgy tűnik, invariáns módon vonulnak végig élményszervezési módozataikon. Ezek a kognitív struktúrák meghatározónak tűnnek *egyfelől* a traumáról, és *másfelől* a terápiáról (a reparációról) való tudattalan gondolkodásban.

„Védelem” (23 éves nő)

Releváns elemek biográfiájából:

- apa halála 4 éves korában, vele jó emlékei vannak, édesanyja magára maradt, nem tud foglalkozni vele;
- keresztyanjáékhoz küldik vidékre, de ők sem akarták hosszabb távon maguknál tartani;
- iskolában mindig kiközösítve érezte magát, sosem hagyták békén, mindig őt bántották;
- kezdett elhízni;
- sokat verték, egyszer leforrázta magát és menekült elbújni a műhelybe, mert annyira félt a veréstől, hogy az égési fájdalom sem érdekelte;
- több mély emlék, hogy anyja nem védte meg: rokonoktól, iskolában, testvérétől: „kicsit orrolok rá, hogy soha nem védett meg. Nem foglalkozott a problémáimmal.”
- úgy érezte, mintha taszítaná az embereket;
- evészavara lett;
- párkapcsolataiban sokat szenved, mert úgy érzi, hogy nem szeretik, csak kihasználják: „fizikai fájdalmat érzek, ha nem hív.” (a partnere).

Rajza a terápiás közösség egészéről:



3. illusztráció

„Védelem”

A rajzhoz fűzött kommentárból (a terápiás közösségben megélt világról):

„védelemmel körülvett fallal voltam”;

„védősereg, védővonal ez nekem, amikor itt vagyok, senki nem jut be, ha nem akarom”;

„börtön is ugye, megvéd mások támadásaitól, meg önmagamtól, a félelmeimtől – jó is, rossz is.”

A terápiás folyamatra visszatekintve:

„Soha nem tudom eldönteni, most ez segített, hogy itt voltam-e bent, vagy az segített, hogy én magam annyit fejlődtem, így, saját magamtól, hogy túljutottam a dolgaimon.”

Amikor paciens érzése szerint megkapja azt az élménymodalitást a terápiás folyamatban, ami a traumatizáló időszakában hiányzott (a „védelem”, a védett határok), mindezt reflektált módon, „rendezi magát”. Ez egyben a gát is: újra kell tanulni kapcsolódni, út van, kapu is. *A reparáció érzelmi alapjának tételezett metaforikus struktúra: „a védett határokon belül lenni” negatív értelemben azonos a trauma képeivel: a védelem hiányával.* Képe a reparáció **mentális teréről** magában hordozza egyben a terápiás **folyamatban** való továbblépés akadályát is: le kell bontania ezt a teljesebb kapcsolódáshoz.

„Híd” (27 éves nő)

Releváns elemek biográfiájából:

- gyerekkorában „*kitépték*” környezetéből, otthonát, nagyapját, aki a biztonságot jelentette, az országot, ahol lakott drasztikus gyorsasággal és körülmények között el kellett hagynia;
- gyerekkorában igen agresszióteltelt légkörben nőtt fel, sok ordibálás, kegyetlen elvárások között, megtanulta az elvárt „jó kislány” képet mutatni;
- édesanyja folyamatosan távol volt munkája miatt, amikor együtt voltak „étellel akarta kifejezni szeretetét, csak úgy tudta, én azért sem ettem”, „próbálta *kihúzni* belőlem, mi van velem”;
- anyja élettársa kíméletlenül bánt vele, semmibe vette, folyamatos szexuális fenyegetést jelentett számára, ezzel ijesztgette;
- evészavara, lett, mély depresszióba süllyedt, tanulni próbált minél többet;
- mély öngyűlölete alakult ki, sokat ivott, drogozott, okozott fájdalmat magának;
- fiúkkal igen agresszíven bánt, elcsábította őket és kegyetlenkedett velük, mindegyiket át akarta formálni, aztán, ha belementek, kidobta őket, mert „puhányok”;
- ő „kemény”;
- szenved a magánytól, az intimitást nem tudja megélni;
- impulzív, amit lehet, „kiél”.

Rajza a terápiás közösség egészéről:



4. illusztráció

„Híd”

A rajzhoz fűzött kommentárból (a terápias közösségben megélt világról):

(a terápia) „kitépett a környezetemből”;

„nehéz volt kipiszkálni belőlem a dacos gyereket”;

(a terapeuta) „kihúzza belőlem, én meg kitépem a tövét a sok szar agressciónak, ő adja a csipeszt”;

(a terápia) „kipiszkálni a kaktuszból a töviseket”;

„engem boncoltak, állandó harc és fájdalom”

„hol az a híd, amin közlekedve megoszthatom az emberekkel az érzéseimet?”

Történetében pregnánsan megjelennek a traumatizáció természetén túl a reparáció szadisztikus képei, a terápia fogalmi élménystruktúrái szinte azonosak a traumás

kapcsolódások képeivel. A kaktusz – tüske kihúzása (mint sajátos képzavar): identitáscsonkítás, ami nem jó, azt levágjuk a kapcsolódás kedvéért. Képén indulati örvények, mint helyek, lineárisabb vonalaival görbült teret idéző *absztrakt* struktúra. Impulzivitásával küzd, vágyott képe a „*híd*”, ami reálisabbá (lineárisabbá) tudja tenni kapcsolódását a számára fontos emberekkel, ugyanakkor távolságot *tart*.

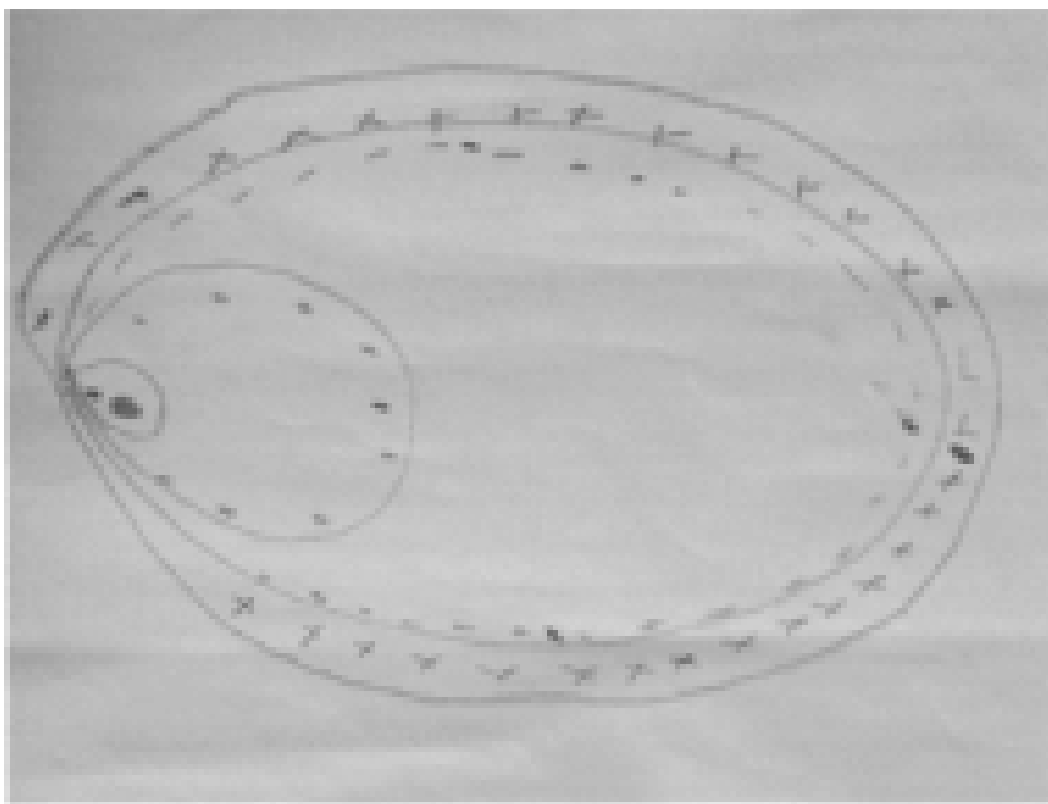
„Hármas” (38 éves nő)

Releváns elemek biográfiájából:

- édesanyja „hideg, csillogó, főként önmagával foglalkozó” valaki, akinek a külső visszajelzések voltak mindig a fontosak, „nem volt jelen”, úgy érezte gyerekként, nem látja őt elég nőiesnek;
- apa melegebb, gondoskodó, de bizonytalanabb, „gyengébb” ember;
- az ő hibája a szülei házassága, nem akarták születését, „szüleimtől nem kaptam semmiféle eligazítást az élet dolgaira”;
- szorongó, megfelelést kereső kislány volt;
- apa nyolcévesen megkérdezte tőle, hogy hogyan neveljék, döntse el, vallásosan – e, avagy sem; ez nagy csalódás volt számára, úgy érezte, magára hagyták evvel a döntéssel;
- mindenki diplomás a családban, csak ő nem a gyerekek miatt;
- férjével a nászéjszakájukon érezte, hogy valami „visszafordíthatatlan rosszat” tesz;
- öt gyerekük lett, úgy érzi, férje magára hagyta velük őt;
- vallásosan nevelte gyerekeit, amit a férje mellett talált meg, de elvesztette hitét;
- magára hagyott és hitevesztett lett, öngyilkosságot kísérelt meg, családjától elvonulva;
- nagyobbik fia „problémás”, neki is volt öngyilkossági kísérlete;
- a hitvesztésről: „Olyan érzés volt, hogy az a gondviselés, amit eddig úgy éreztem az életben, és amire rá tudtam hagyatkozni, az úgy most hirtelen nincs, úgy egyedül maradok a dolgaimmel. És ez az egyedül maradás ez az ilyen harmadik egyedül maradás, amit megélek, időben az utolsó. A középső az volt, hogy a férjemtől nem kaptam / kapok annyi támogatást a közös gyerekeink nevelésében, amennyit én szeretnék. És az első meg az

volt, hogy az anyukám is ilyen munkába menekülő fajta volt, és vele sem volt meg az a közelség, amire én vágytam.”

Rajza a terápiás közösség egészéről:



5. illusztráció

„Hármas”

A rajzhoz fűzött kommentárból (a terápiás közösségben megélt világról):

„mintha egy tükörben nézném magam, amikor megszólalok, az meg egy másik tükör, amit azok tesznek elém, akik erre reflektálnak”;

„magamat keresve mindenben”;

„magammal szembesülni”;

„most nincs, amire rá tudok hagyatkozni egyedül maradok a dolgaimmal és ez az egyedül maradás a harmadik, amit megélek”;

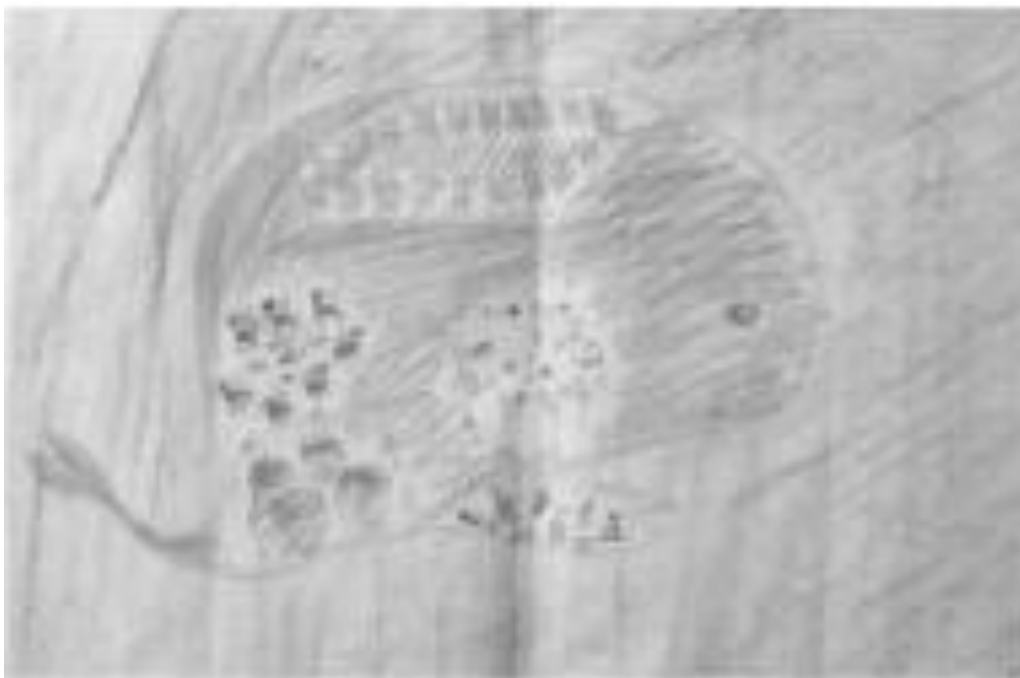
A paciens a terápiás közösség benne élő mentális terét megjelenítve egy hármas, egymásba foglalt, tojásszerű formációt rajzolt, egyéni, csoport és közösségi mezőkkel jelölve a „tojás” egyes rétegeit. A biográfiájában és a terápiás folyamata kapcsán említett háromszoros magára maradásának képe tükröződik a közösségről alkotott mentális terében is. Az izomorf struktúrák megjelennek a személyes traumák és a reparáció világának leírásában, verbálisan centrális mozzanat számára a „tükrözés”. Ez az a „beletükrözöttség”, ami a terápiás folyamat felől nézve egyben lehetőség a „saját” ismétlésének ráismerésére ugyanakkor egyben lehetőség annak elrejtésére – hiszen a közösség, a világ ilyen – és a vég nélküli továbbtükrözésre.

„Cet” (21 éves nő)

Releváns elemek biográfiájából:

- rendkívül fragmentált, kaotikus élettörténeti narratíva
- anyja nem akarta megtartani, apja beszélte őt rá, pénzt is adott érte („már értem miért akartam meghalni”)
- apja élete első két évében nem élt velük, majd utána mindössze nyolc éves koráig
- szülei brutálisan veszekedtek, fenyegették egymást, verekedtek, mindketten italoztak
- édesanyja sok párhuzamos kapcsolatot használt
- figyelmet, törődést alig kapott, ha igen, főleg a nagyszüleitől
- apját, ha nem ivott, „szabadott szeretni”, ha ivott, nem
- apját nyolc éves korában kidobta édesanyja, rendőrség, botrány
- jó tanuló volt, de hamar drogozni kezdett, inni, időnként összeszedte magát, promiszkus életforma, durva sex. abuzus
- édesanyja masszív alkoholistává vált, neki kellett boltba járni italért,
- tizenöt évesen pszichotikus lett, innentől kezdve pszichiátriai osztályok és iskola váltogatták egymást, utolsó hospitalizációi során elektrosokkolták
- halállistát készített, első helyen apja állt, évekkel utána fejébe vette, hogy szeretné megkeresni, folyton őt kereste, nagy nyomorban találta meg, ajándékot vitt neki, utána újra tiltotta nagymamája attól, hogy kapcsolatban lehessen apjával
- iskolába jár, érettségizni szeretett volna, de édesanyja nem ad pénzt, a személyire sem adott, mindenben tőle függött, majd dolgoznia kell, estin folytatja

Rajza a terápiás közösség egészéről:



6. illusztráció

„*Cet*”

A rajzhoz fűzött kommentárból (a terápiás közösségben megélt világról):

„pontról pontra haladtam, hogy lássam a helyzetem, megértsem az érzéseim”;

(a visszajelzésekből) „következtetek az életemre nézve”;

„segített, hogy be kellett tartani a határokat, napról napra megéltem, a nagycsoport olyan mint egy napló”;

„fokról fokra tudok haladni lefelé”,

„lezuhanam a földre”;

„az érzékeny féltett belső dolgaimat elmondhattam, mindig kaptam valamit”;

(a cetben) „foglyul vagyunk ejtve, mint a Pinokkió, de visz a tenger, a gyógyulás felé”.

Alapvető reparatív élménymodalitásai a terápia első hónapjaiban valamiféle rend, egymásrakövetkezés, szervezettség megtapasztalása voltak, egy lineáris narrativitás felépülése. Pszichotikus regressziója konszolidálódásával, identitása újjáépítésének folyamatában szüleivel való kapcsolatának extrém módon fragmentált és ambivalens képét próbálta újra és újra összeszervezni és alapvető, adaptív kötődési mintákat kiépíteni. A terápiás folyamat regresszívebb hullámvölgyeiben saját - narrativitása (időben megélt kvázilinearitása) vált bár egyre szimbolikusabb és integráltabb értelemben, de újra és újra dezintegrálttá. A terápiás folyamatról való megnyilatkozásaiban jelentős szerepet kapnak a narratív szelf reparációjának metaforikái. Rajzán cethalat jelenített meg, benne a „Ház” életével, Pinokkió történetét említve. A történet szerint Pinokkió: „csak amikor megtudja, hogy Gepetto az ő keresése közben egy nagy cet gyomrának fogságába került, akkor tud végre önzetlen lenni, és elindul, hogy kiszabadítsa szerető édesapját.” Megindító volt számunkra látni, hogyan integrálódnak a szülők alakjai a reparáció világáról alkotott mentális kép háttérébe. Dualitásukkal képviselik az indíttatást a gyógyulásra – az apakeresés mélyben meghúzódó motívuma – és ennek gátját az anyai függést – a cethal gyomrában.

Értékelés

Elemzéseinket átgondolva körvonalazódott az a hipotézisünk, hogy a traumatizáció megragadható élményvilágát leíró/szervező kognitív struktúra, a maga fogalmi metaforikájával izomorfiát mutat a reparáció világáról tudattalanul alkotott kognitív struktúra metaforikájával. Mintha a trauma és a reparáció az érme két oldala lenne, az adott szelf – szerveződési szinten struktúráisan

rögzülve. Az egyik negatívként, mint megtörtént tény, a maga emléknymaival, a másik pedig, ugyanazon izomorf struktúrával, de ennek pozitívjaként, mint ebből adódó vágyott lehetőség. Az önreparáció tudattalan útjain járva mintha ezeket a helyzeteket keresnénk, rátalálva egy terápiás folyamatra, ahol a terápiában, mint a traumaismétlés egy speciális korrektív formájában, a sérülés kiadja a gyógyítás formáját is. Kutyaharapást szőrivel. Traumáinkat implicit tudásként hordozva, azt nem csak ismétlésként meg/ki/éljük a terápia áttételi helyzeteiben – ahogy Ferenczi azt kiemeli Klinikai naplójában (Ferenczi 1996), hanem kognitív élményszervező és leíró struktúráinkban is érvényre jutnak.

2.FEJEZET

A terápiás diskurzus főbb közösségi pozíciói a 'nagy csoport' tükrében

A szervezet és a 'nagy csoport'

Terápiás közösségünkben időről időre akciókutatásokat végzünk, hogy jobban megértsük / feltárjuk, hogyan szerveződnek folyamataink ebben a komplex rendszerben, *hogyan* határozza meg az adott struktúra a terápiás folyamatok főbb közösségi határfelületeit. Jelen dolgozatunkban egy, a szervezet és a 'nagy csoport' viszonyát vizsgáló kutatásunkról számolunk be.

A terápiás közösséget emberek nagy csoportja alkotja. Ezen belül egy jól körülhatárolható csoport a paciensek csoportja, egy másik alcsoportot pedig a személyzeti tagok alkotnak. A személyzeti tagok csoportjából áll az a szervezet, mely a hordozó, szűkebb értelemben vett intézményt, esetünkben egy kórházat, funkcionálisan pedig a terápiás közösséget működteti.

A paciensek, a maguk strukturálatlanabb, de tagoltabb alcsoportjukba – személyes élettörténetükből adódóan – rengetek fájdalmat, hiányállapotot, destruktív, inadekvát személyközi megküzdési módot „hoznak be”. Ez az alcsoport gyakorta kialakítja a maga átmeneti identitásait, a dolgok olvasatának egy módját, mely csoportos olvasat és beállítódás ugyanúgy hordozhat pro- és kontraterápiás modalitásokat, a közösség szempontjából destruktív, valóságháritó, de konstruktív mozzanatok is. Ugyanakkor jelen van a személyzeti tagok felkészültség szempontjából homogénebb, de a szervezeti élet miatt máshogyan tagoltabb csoportja. A személyzet a maga korlátos érzelmi teherbírásával, aggodalmaival, vágyaival és érdekütközéseivel is.

A szervezet létrehozta terápiás közösség célja a reálisan elérhető személyes autonómia (rekonstruált élettörténeti narratíva), kapcsolatban megélt pszichofiziológiai egyensúly és kooperativitás újraalapozásának támogatása, a

klinikai „tünetek” redukciója a reális életvilágban. A közösség tagjaiként erre szerződünk, a közösség működési struktúráját, a folyamatok szabályozását ez a cél határozza meg. Másfelől, a szervezetnek fenn kell tartania „önmagát”, illeszkednie kell intézményként a mindenkori társadalmi meghatározottság összjátékába.

Emberek nagy csoportja és a 'nagy csoport'

Egy terápiás közösségben alkalmasint jelentős ellentét van az azt alkotó emberek nagy csoportjának primér folyamatai (lásd később) és a közösség folyamatos korrektív működését lehetővé tevő, a szervezetet fenntartó racionális kommunikatív cselekedetek között:

„A szervezet, mint struktúra, ambivalenciát kelt természetéből adódóan. Egyrészt egy nagy csoport hívja életre, hogy 'biztonsági korláttal' lássa el a regresszióval szemben a szabályozás nyújtotta feltételeivel, másrészt a törvényei, melyek természetüknél fogva személytelenek, a feladatai, melyek megkövetelik a valóság tesztelését, a csoportjai, melyek differenciáláson és szeparáción alapszanak, a hierarchiái – mind maguk után vonnak valamilyen fajta narcisztikus sérülést. Mindezeket a szabadság korlátozásaként, elidegenedésként, kizárásként, zaklatásként és elnyelésként tapasztalhatják meg tagjai.

Hasító mechanizmusok aktiválódnak a szervezet ellen, annak rendjét direkt és indirekt módon folyamatosan támadják (semmi nincs, amit az emberek jobban szeretnének, mint utálni a szervezetet, amihez tartoznak). ... Eme nagy csoport szervezeten belüli dinamikájának földalatti, 'vulkanikus' működése a szervezet elsődleges feladatának (céljának) támadásában; a rendszer határainak kikezdésében; és abban jelenhet meg, hogy a szervezet hogyan használja mindebben kiválasztott vezetőjét.” (Triest 2003, 170. o.)

Közösségi alapú terápiás rendszerekben, ahol a pszichoterápiás gyakorlat része a „nagy csoport”, ott a gyógyítás egyik útját is jelentheti, mint keretezett terápiás

aktivitás (rögzített idői és térbeli keretek, részvételi és csoportszabályok, definiált vezetői szerepek). Ezt a hatást azáltal fejt ki, hogy reflektálttá teszi az együttműködő tagok nagy csoportjának primér, regresszív folyamatait; az alcsoportok egymáshoz való viszonyulásait; próbát tesz megértésükre, felszabadítja azon gátakat, melyeket a tagok a gondolkodásuk és kifejeződések során átélnek.

A közösség és a személy belső ellentmondásai konfliktusok formájában jelennek meg, a konfliktusokat kondicionált módon tartalmazza a közösség és a terápiás kapcsolat. A 'nagy csoporton' megjelenő személyes és társas motívumok többé-kevésbé reflektált megtapasztalása úgy a személyes, mind pedig a közösségi részvétel agenciáját segíti. Ugyanakkor ez az a színtér, ahol a résztvevők nagy csoportja megpillanthatja, hol és hogyan próbál a szervezet, esetünkben egy terápiás közösség képében, tartást és határokat biztosítani, a kaosz ellen védelmet biztosítani.

Az emberek eme nagy csoportja által életre hívott 'nagy csoport' intézménye (a szó kommunikációs értelmében) (Horányi 2007) a maga következetesen fenntartott szimbolikus terével – ahogyan a dolgokat értjük – folyamatosan játékba hozza azokat a konstitutív elemeket, amik magának a közösségnek az identitását is adják (értékek, normák, szakmai alapelvek, és ezek kompromisszumai). Így a „nagy csoport” a résztvevők számára közvetlenül jelenti és jeleníti meg a közösséget – és a szervezetet magát. Ahogy a szervezetben, úgy a 'nagy csoporton' is az „ahogyan értelmet adunk a dolgoknak” társas valósága „horgonyt” ad, hogy a csoporttagok kibírják és megállítsák a regressziót. Ez megakadályozza a határok elmosódását, gátolja az összeolvadás iránti vágyat és megköveteli, hogy minden egyes tag személyes felelősséget vállaljon.” (Triest 2003, 173. o.) Ez a „hogyan” egyben a közösség és részben a szervezet konstitutív rendje is.

A (terápiás) szervezetekben együttműködő emberek nagy csoportja által működtetett 'nagy csoport' folyamatosan egy jól lehatárolt színtéren jeleníti meg ennek a nagy csoportnak a rejtett erővonalait, destruktív tendenciáit, a regresszivitás irányait, és a preferált megküzdési módokat, a kreativitását. A

'nagycsoport', mint a megismerés egy színterének „elismerése” lehetőséget nyit viszonyaink sűrűjébe való pillantásra, és egyben a közösségi terápiás munka megalapozása, a szervezet „karbantartása”, hogy céljait, határait tartani tudja, hogy szerepviszonyai tisztuljanak. Ily módon a 'nagycsoport' megvalósulásának és megértésének mikéntje, akarva – akaratlanul, a szervezetben együttműködő emberek nagy csoportjának azt a közösen megvalósított attitűdjét tükrözi, ahogyan a társas viszonyok firtathatósága felé fordulnak, mondhatjuk, ebben a viszonyulásban ölt testet egy ilyen szervezet lelkiismerete. A 'nagycsoport' ilyen elismerése a szervezet részéről – és itt meghatározó a vezető szerepe – a csoport kereteinek és határainak tiszteletben tartásából áll, a professzionális team tagjainak teljes részvételéből, a csoport után a rekonstrukciós folyamatoknak helyet adó színtér biztosításából. A személyzet alcsoportjának „vakfoltjai” természetesen ugyanúgy megjelennek a nagycsoportszcénában, de nem annyira a csoporton való megnyilatkozásokban, mint inkább a csoport utáni megbeszéléseken való nem-menyilatkozásokban. (lásd „interpretációs etika” Gál, Zalka 1994)

A 'nagycsoporttal' kapcsolatos szakmai gondolkodás előterébe egyre inkább a társadalmi léptékű nagy csoportok folyamatainak a 'nagycsoport' mintázatain alapuló megértése és befolyásolása kerül, továbbra is folyamatos fókuszban van a specifikus csoportfolyamatok megértése, klasszifikálása, a csoporton belüli jelenségvilág. (Schneider, Weinberg 2003)

A közösség és a nagycsoport viszonya – a kutatás

A Thalassa Ház terápiás közösségében hetente három alkalommal tartunk 'nagycsoportot', alkamanként egy óra időtartamban, helyszíne a közösség ebédlője, mely a pszichodráma csoportoknak is a színtere. Csoportonként 40 – 50 fő van jelen, a vezetőpárosok háromhónapos periódusokban váltják egymást. A csoportotokat ½ - ¾ órás személyzeti megbeszélések követik. A témák klasszikusan az itt és most, az ott és akkor (az eredeti kapcsolat régmúlt világa),

az ott és most (a jelenlegi, közösségen kívüli életvilág) hármasságában mozognak. A közösség aktuális fázisától függően jellemzően az érettebb bioni alapfeltevések és a munkacsoport határán mozog a csoport munkamódja. A „behozott” destruktivitás, a nagyobb embercsoportok korábban említett primér folyamatai, az esetenkénti nagyobb fluktuáció és a személyzeti krízisek, acting – out viselkedésekkel terheltebb időszakok jelentette szorongás közösségi lereagálása hol nagyobb dependencia – igénnyel, hol a harc – menekülés személyközi mintázatával, hol pedig a megszorodó párképződési jelenségekkel zajlik (Rioch é.n.; rendszerszinten: Isohanni 1983). Emellett néhány, specifikusan a terápiás közösségünk konkrét praxisából adódó munkamód is megfigyelhető, melyről egy későbbi tanulmányunkban igyekszünk képet adni.

Jelen kutatásunkban azt próbáltuk megközelíteni, hogy milyen kölcsönös, reflektálatlan elvárások (félelmek, vágyak), hiedelmek és személyes kognitív konstrukciók illesztik egymáshoz a „racionális” jelentésadási folyamatokat a paciensek és a személyzet részéről a ’nagy csoport’ vonatkozásában, milyen köznapiságok összegződése adja a professzionális pszichoterápiás munka hátterét, mi az az össz-közösségi „tájkép – mintázat”, aminek hátterén kirajzolódik a ’nagy csoport’ drámája? Alapvető kérdésünk volt, hogy mi tükröződik a ’nagy csoport’ való személyes viszonyulások megfogalmazásában?

Módszer

Ezek feltérképezéséhez módszerként egy egyszerű, négy – négy kérdésből álló, félig-strukturált szóbeli interjút használtunk, melyeket párhuzamosan, önkéntes pszichológus hallgatók vettek föl egyidejűleg a paciensekkel és a személyzettel. A lehetőség szerinti egyidejűségre azért volt szükség, mert, mint később ezt részletesebben taglaljuk, minimalizálni szeretnénk volna a kérdések interjúalanyok közötti közös megbeszélésének lehetőségét annak érdekében, hogy

minél inkább meg tudjon jelenni a privát, natív nyelvhasználat a maga originalitásában.

A pacienseknek fölített kérdések a következők voltak:

1. *Mit gondol, miért van nagycsoport a Házban?*
2. *Mit gondol, a személyzetnek miért fontos, hogy legyen nagycsoport a Házban?*
3. *Hatékonyak tartja a Ház működését?*
4. *Mi alapján értékelte a hatékonyságot?*

A személyzetnek fölített kérdések:

1. *Mit gondol, miért van nagycsoport a Házban?*
2. *Mit gondol, a betegek szerint miért van nagycsoport a Házban?*
3. *Hatékonyak tartja a Ház működését?*
4. *Mi alapján értékelte a hatékonyságot?*

A szóbeli válaszokat diktafonra rögzítettük, azok teljes egészében leírásra kerültek. Összesen 30 betegnél és 12 személyzeti interjút dolgoztunk fel.

A szövegek szemikvantitatív feldolgozásakor három kitüntetett fókusszal dolgoztunk:

1. a tematikában előforduló szó-, kifejezésgyakoriságok megállapítása (tartalmi fókusz; például „előhoz, elrejt”);
2. az érzelmeket megjelenítő kifejezések azonosítása és gyakoriságuk megállapítása (érzelmi fókusz; például „düh”);
3. a fogalmi (konceptuális) metaforák azonosítása és csoportosítása (konceptuális fókusz; például „kiderül, képet alkot”).

A korábbi fejezetben már beszámoltunk a terápiás élményvilág leírásában használt metaforák kiemelkedő szerepéről, az élményfeldolgozás és gondolkodás meghatározó kognitív mintáiról „hírt adó” fogalmi metaforák alkalmazott elemzésének termékeny világáról (Zalka 2014). Ott az élettörténet megfogalmazott traumatikus emléke és a közösségben megélt, korrekatív élményvilágot reprezentáló metaforika közötti izomorfia utalt a trauma és a terápia közel azonos kognitív struktúráira.

Jelen kutatásunkban kiindulásunk szerint a kérdéseinkre megfogalmazott válaszokban a nagycsoport intencionalitásában használt fogalmi metaforák hordozta érzéki mozzanatok jelenítik meg azt a „zsigeri” (pszichofiziológiai szintű reprezentacionális) viszonyulást (személyközi tulajdonítást), amit a nagycsoportszcénához való illeszkedés, a csoportban átéltek anticipálása hív.

Az első kérdés a ’nagycsoport’ közösségen belüli vélt (tulajdonított) funkcióját, értelmét, ennek személyes megragadását célozza, a második célja, hogy képet alkothassunk, milyen tulajdonításokkal (elvárásokkal) élnek a paciensek és a személyzet egymás felé, az első kérdés nyomán megfogalmazott ’nagycsoport’ - értelem megvalósításának hogyanjáról. A válaszokat az említett tematika – érzelem – metaforika hármassága alapján fogjuk bemutatni és elemezni.

A hatékonyság megítélésének szubjektív mozzanatát azért illesztettük hozzá a kérdésekhez, hogy lássuk, milyen együttjárásai lehetségesek a ’nagycsoport’ funkcionalitásának és a szubjektíven megítélt rendszerteljesítménynek, a későbbi kutatásokhoz hozzájárulandó.

Hipotézisünk az volt, hogy a jó tíz éve kialakított „tanuló rendszer” mára kialakult stabil működése, a mérhetően „elég jó” klinikai output (Nagy, Szabolcs, Valkó, Tarján, Simon, Zalka 2011), és a létrejött terápiás kultúra alapján a ’nagycsoport’ vonatkozásában a válaszok metaforikaiban megjelenő „privát képek” és ezekben tükröződő rejtett kognitív minták strukturálisan nagyfokú *azonosságot* fognak mutatni a paciensek és a személyzet között. Mondhatni, azért tudunk jól együttműködni, mert hasonló képekben gondolkodunk. Kiinduló elgondolásunk

szerint – a kutatást eredeti terveink szerint hasonló profilú és működésű társintézményekben is végig szeretnénk vinni – minél inkább azonos „kép” él a paciensekben és a személyzetben a ’nagy csoport’ szerepéről, annál eredményesebbnek látják a közösség tagjai az együttműködést.

Eredmények

A következőkben az egyes kérdésekre adott válaszok:

- tartalmi fókuszait,
- a megfogalmazott érzelmeket és
- az előforduló metaforikákat mutatjuk be, csoportosítva.

A tartalmi fókuszokat, ahogy írtuk, egyszerűen az adott kifejezés gyakoriságával határoztuk meg. Úgy a tartalmi fókuszokat, mind pedig a metaforikákat spektrális minta jellemezte, a kifejezések jellemzően egy jól meghatározható kontinuumon helyezkedtek el. A jelölésekben „P” páciens, „S” személyzetet jelent.

Páciensek válasza az „1. Mit gondol, miért van nagycsoport a Házban?” kérdésre:

Pácienseink fontosnak tartották, hogy megjelöljék, mióta tagjai a közösségnek. Válaszaikban érdekes módon, markánsan elkülönült az „új” illetve „rég” betegként adott válaszok tartalmi fókuszja illetve metaforikája.

Tartalmi fókusz gyakorisága	<div> <div>újak</div> <div>→</div> <div>régiek</div> </div>					
	kimondani	17	beszélni mindenki előtt	16	megbeszélni	18
	probléma / konfliktuskezelés	13	nyilvánosság / közösség	11		
	módszer, számonkérés, bűnvallás	4	merni beszélni	5	magamra / egymásra ismerni	2

2. táblázat: A tartalmi fókusz kontinuum [újak→régiek] a páciensek 1. kérdésre adott válaszaiban

Érzelmi fókusz (1-1 megnyilatkozás):

félelem, bizalmatlanság, feszültség, kedvelés

Konceptulis fókusz:

Konceptuális fókusz gyakorisága	<div> <div>újak</div> <div>→</div> <div>régiek</div> </div>					
	nehéz / bevinni	16			megvilágít / rávilágít	14
	S rálát / meglát	11			P képe magáról	9
	káosz	1	család	3	fórum	2

3. táblázat: A konceptuális fókusz kontinuum [újak→régiek], a metaforikák a páciensek 1. kérdésre adott válaszaiban

A tartalmi fókusz kontinuumánál láthatjuk, ami majd jellemző lesz a további válaszokban is, hogy a spektrum egyik végén („újak”) jellemzően inkább privát, „kapcsolattalan”, projektív – objektíváló világot jelenítenek meg a tartalmak, míg a túlponton („régiként”) már kölcsönösséget és kapcsolati minőségeket tükröző, reflektív viszonyulásra utaló tartalmak vannak.

Az érzelmi fókusz ambivalenciát jelenít meg, jellemzően negatív érzelmek (negatív várakozások) uralják, de ugyanakkor hangsúlyosan jelen van a ’nagy csoport’ – szcéná „kedvelése” is.

A metaforikák két jól körülírható területet írnak le: az egyik a személyes tartalmak (érzések, emlékek, beállítódások, stb.) csoporton való megosztásának (a „bevitelnek”) a „nehézsége”, a másik pedig az a meghatározóan vizuális metaforikákban kifejeződő élmény, hogy ott a dolgainkat a csoport és főleg a személyzet „látja”, kiviláglik, kik is vagyunk, és ez a kép magunk számára is hozzáférhető. A ’nagy csoport’ dolgokat leíró metaforikája itt a „kaosz”, „család” és a „fórum”.

Páciensek válasza a „2. Mit gondol, a személyzetnek miért fontos, hogy legyen nagycsoport a Házban?” kérdésre:

Tartalmi fókusz:

Tartalmi fókusz gyakorisága	<div> <div>újak</div> <div>→</div> <div>régiek</div> </div>					
	S (meg)figyel	19	rálát	12	képet alkot	10
	kimond / beszél / megbeszél	9	közösség	8	közös probléma / konfliktus	11
	sokféleség / kölcsönhatás gyógyít	3	S visszajelez / módszer	5		

4. táblázat: A tartalmi fókusz kontinuum[újak→régiek] a páciensek 2. kérdésre adott válaszaiban

Érzelmi fókusz (1-1 megnyilatkozás):

düh, szorongás

Konceptuális fókusz:

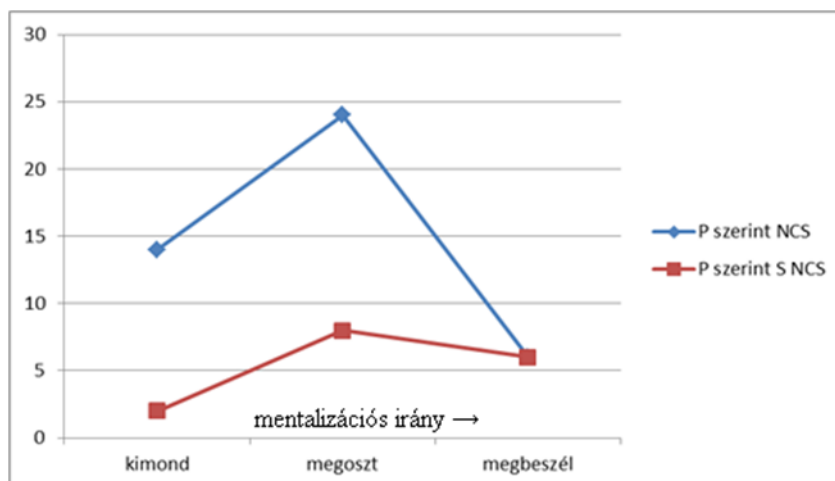
Konceptuális fókusz gyakorisága	<div> <div>újak</div> <div>→</div> <div>régiek</div> </div>					
	S képet kap / tisztába kerül	19	kiderül / tisztázódik	12	(a csoport) tükröz	10
	színtér	9	világ	8		

5. táblázat: A konceptuális fókusz kontinuum [újak→régiek], a metaforikák a páciensek 2. kérdésre adott válaszaiban

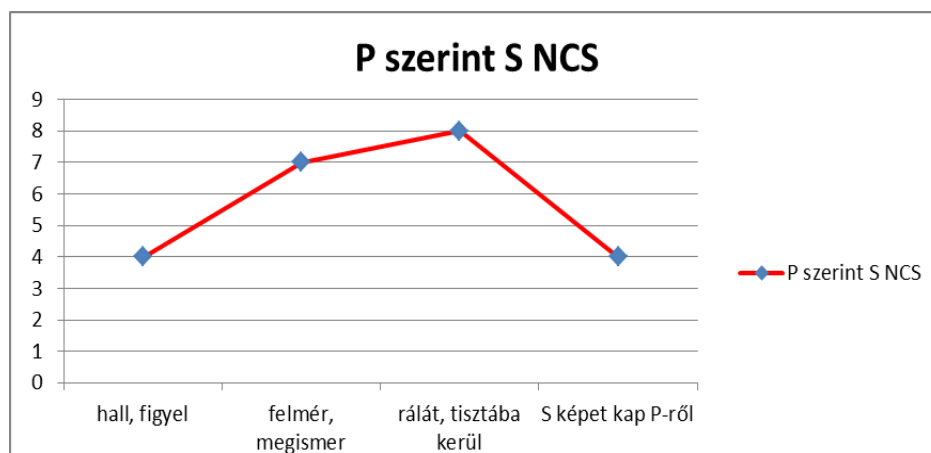
A tartalmi fókusz kontinuumánál itt is az egyik végpont a páciensek számára a „megfigyeltség” pozíciója, a másik, ahol a személyzet már „rálát” a viszonyainkra, a „másik képet alkot rólam”. A kifejeződés módjára utaló tematikában ugyanúgy megjelenik a „kimondás, beszélés” hangsúlyossága, és itt is jelentős mozzanat a „közösség”, a „közös problémakezelés”.

Az érzelmek tekintetében egyértelműen a düh és szorongás kerül előtérbe. A kérdésben explicit módon *megpillantásként* jelennek meg a személyzet felé irányuló tulajdonítások (elvárások).

A metaforikák itt is hangsúlyosan a vizualitás területéről származnak, a személyzet számára kiderül, kik is vagyunk, és itt jelenik meg a „tükrözés” mozzanata is. A ’nagycsoportra’, mint dologra vonatkozó metaforika itt, a „színtér” és a „világ”.



1. ábra: A verbális megnyilatkozásra utaló kifejezések a páciensek első – a páciens szerint a nagycsoport (P szerint NCS) – és második. – a páciens szerint a személyzeti csoport (P szerint S NCS) – kérdésre adott válaszaiban



Paranoid – objektíváló
pólus, a szorongató
kapcsolat hátrítása

**mentalizációs
irány →**

a „bizalom”, a kapcsolat
(a realis tükörkép)
elfogadása

2. ábra: A személyzet beállítódására vonatkozó tulajdonítások a páciensek második kérdésre adott válaszaiban (P szerint S NCS)

Paciensek válasza a „ 3. Hatékonnak tartja – e a Ház működését?” kérdésre:

Pacienseink 86% - a tartja hatékonnak az Intézet működését, 14% nem.

Paciensek válasza a „ 4. Mi alapján értékeli a hatékonyságot?” kérdésre:

Értelemszerűen eltérő tartalmi fókusz volt a közösséget terápiás szempontból hatékonnak és azt nem hatékonnak értékelő paciensek válaszaiban.

Tartalmi fókuszok és megoszlásuk:

Tartalmi fókusz gyakorisága	hatékony		nem hatékony	
	változás-érzés	32		
	önismeret / egymásra figyelés	17	figyelem / visszajelzés hiány	13
	együtt csináljuk / aktivitás	8		

6. táblázat: A tartalmi fókusz kontinuum [újak→régiek] a páciensek 4. kérdésre adott válaszaiban a hatékonyság tekintetében

Pacienseink a szubjektív változásérzet alapján értékelték döntően a rendszer hatékonyságát, az önismeret és a közös, kölcsönös társas jelenségek emelődtek ki ebben a folyamatban. Az együttműködést hatékonytalannak tartó paciensek főként hiány – érzéseiket emelték ki.

A továbbiakban a személyzet által adott válaszok világát tekintjük át. A válaszadók körében pszichiáter, pszichológus, szocioterapeuta, nővérek voltak.

Személyzet válasza az „1. Mit gondolsz, miért van nagycsoport a Házban?” kérdésre:

Tartalmi fókuszok és megoszlásuk:

Tartalmi fókusz gyakorisága	jelenlét / közös jelenlét	16	megjelenik, ami van	13		
	közösség	9	kimondani / beszélni csoportban	7		
	szintek / rejtett	5	megismerés / folyamat	4	kapcsolat	4

7. táblázat: Tartalmi fókuszok a személyzet 1. kérdésre adott válaszaiban

Érzelmi fókusz (1-1 megnyilatkozás):

izgalom, düh, biztonság, feszültség, félelem, szeretet, vonзалom

Konceptuális fókusz: metaforikák és megoszlásuk:

Konceptuális fókusz	nehéz / megtartani	17	érint	15	kívül / belül	16
	tér / látni	9	határaink	11	mély	8

8. táblázat: A konceptuális fókusz gyakoriságai, a metaforikák a személyzet 1. kérdésre adott válaszaiban

Ebben a kérdésben a személyzet részéről a 'nagy csoport' fontossága a beszélgetéssel átszőtt közös jelenlét formájában emelkedik ki, a sokszínű, egyedibb fókusz nélkülöző érzelmi világ mellett a metaforikák viszont hangsúlyosan fókuszáltak, vezető modalitások az elviselés, megtartás mozzanata és a határok haptikus megtapasztalása.

Személyzet válasza a „2. Mit gondolsz, a paciensek szerint miért van nagycsoport a Házban?” kérdésre:

Jellegzetes módon a tartalmi fókusz itt is az új – és régi paciensekről alkotott eltérő kép közötti spektrumban van.

Tartalmi fókuszok és megoszlásuk:

Tartalmi fókusz gyakorisága	új paciensek				régiek	
	P elrejt, S előhoz valamit	39	beszélget	42	megértés, közünk van egymáshoz	36
	S megfigyel, felmér? kontrolál	30	megoszt	26		
	harc, ellenállás	21	kapcsolat	24	folyamat / rendez	20
	konfliktus	8	összetartozás / osztozás / változás	7		

9. táblázat: A tartalmi fókusz kontinuumuma [új paciensek→régiek] a személyzet 2. kérdésre adott válaszaiban

Érzelmi fókusz (1-1 megnyilatkozás):

szorongás, düh, biztonság, elfogadás

Konceptuális fókusz: metaforikák és megoszlásuk:

Konceptuális fókusz gyakorisága	új páciensek → régiek			
	(értelmet) lát / nem lát	22		
	nehéz	16	mély	13
	összeköt	9		

10. táblázat: A konceptuális fókusz kontinuum [új páciensek→régiek] a személyzet 2. kérdésre adott válaszaiban

A tartalmi fókusz spektrumának egyik végén („elején / újak”) itt is egy aszimmetrikus kommunikatív helyzet áll („kontroll”), az átmenetben megjelenik a kölcsönösség, a megosztás és a kapcsolat élménye, míg a túlsó végponton („később / érettebbek”) a közösség kommunikatív folyamataiban való közös részesülés, az alakulás, rendeződés képe áll. A személyzetben reprezentált érzelmi spektrum jól tükrözi a páciensek terápiás folyamatának, annak érzelmi hangoltságának optimális alakulását. Itt a személyzeti válaszok viszonylag szegényesebb metaforikát hordoznak, a terápiás munka ellenállása, az értelemadó személyközi munka küzdelme tükröződik.

Személyzet válasza a „3. Hatékonnak tartja – e a Ház működését?” kérdésre:

A személyzet 40% a nem, 20%-a nem eléggé, 40%-a hatékonnak tartja az Intézet működését.

Személyzet válasza a „4. Mi alapján értékeli a hatékonyságot?” kérdésre:

Tartalmi fókuszok és megoszlásuk:

Tartalmi fókusz gyakorisága	hatékony		nem hatékony	
	megmaradás a közösségben	12	változás	13
	kapcsolat, támogatás	8	átdolgozás, tartalmazás	7
	kerettartás	4	érték átadás	2

11. táblázat: A tartalmi fókusz kontinuum a személyzet 4. kérdésre adott válaszaiban a hatékonyság tekintetében

Értékelés

A válaszok értékelésének elemzésekor első pillantásra is szembevető volt, hogy a paciens és személyzet válaszokban megjelenő metaforika nem az azonosság képét mutatja, hanem egy jellegzetes kapcsolati *komplementaritást*. A paciensek válaszaiban a saját 'nagysoport' – reprezentációra vonatkozóan a („nehéz”) személyes dolgok „bevitele” és a relációs élmény *vizuális* modalitásai jelennek meg meghatározó módon, a személyzetre irányuló elvárásokban (tulajdonításokban) pedig – szinte kizárólagos hangsúllyal – a *vizualitás* modalitásai. Ugyanakkor a személyzet válaszainak metaforikája a saját 'nagysoport' – reprezentációban döntően a konkrét testi (proprioceptorok és haptikus érzetek) világára alapozó metaforika, a kint / bent és határok megtapasztalásának világa és a látás. A pacienseknek tulajdonított minőségek

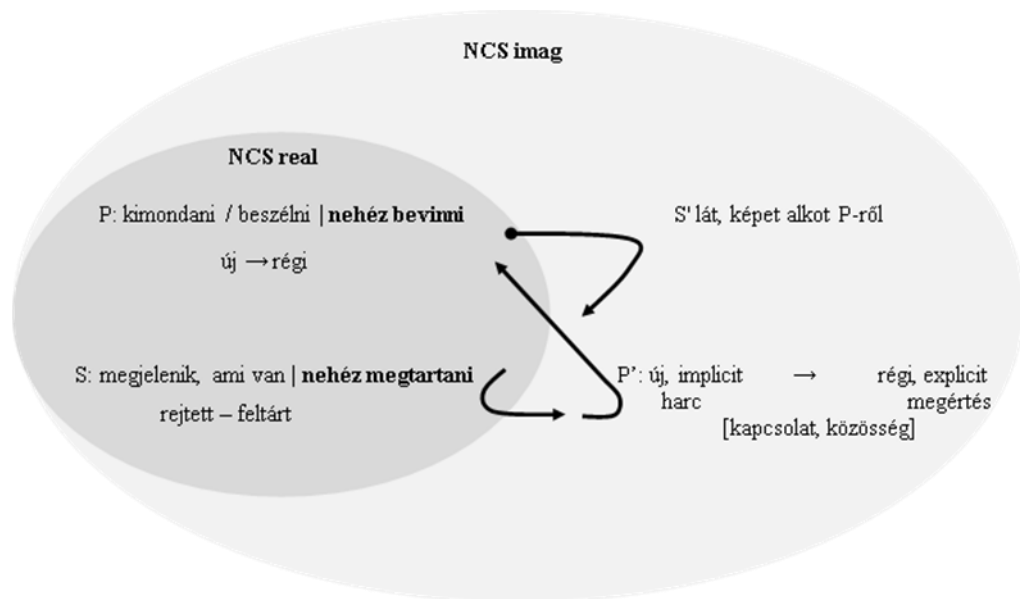
(„tapasztalatok”) terén szintén a vizualitás világa a domináns és a múlta, a kapcsolat különféle minőségeire irányuló metaforikák.

Az említett négy pozíciót sorba rendezve feltárulhat ennek a kapcsolati komplementaritásnak a belső struktúrája, mely – lévén szó időben zajló találkozásokról – egy folyamatot rajzol ki. A rejtett, reflektálatlan elvárásoknak ezen pozíciói, ahogyan kinek – kinek a „fejében él a csoport” és a másik, illeszkednek egymáshoz aztán a közösség életében a ’nagy csoporton”, intenzív terápiás munka folyamatát megteremtve.

A következőkben ábrázoljuk a négy pozíció kirajzolta struktúrát, és egy lehetséges folyamatleírást adunk. A pozíciók leírása a leghangsúlyosabb fókuszra jeleníti meg.

A közösségi tagok négy pozíciója a ’nagy csoport’ vonatkozásában:

- P: a paciens saját reprezentációja a ’nagy csoport’ vonatkozásában, „számomra a csoport”;
- S’: a paciens reprezentációja – tulajdonítása – a személyzet ’nagy csoport’ – reprezentációjáról, „elváram személyzet felém irányultságáról a csoporton”;
- S: a személyzet saját reprezentációja a ’nagy csoport’ vonatkozásában, „számomra a csoport”;
- P’: a személyzet reprezentációja – tulajdonítása – a paciens ’nagy csoport’ reprezentációjáról, „elváram a paciens felém irányultságáról a csoporton”.



3.ábra: a struktúra

Természetesen úgy a közösség, mind pedig a nagycsoport egy jóval differenciáltabb és komplexebb dolog, mégis hasznos lehet azonosítani még ilyen nyers módon is, hogy a közösség reflektív folyamatai milyen színtereken milyen, tulajdonképpen *tudatelméleti pozíciók* megismerésével kerülnek játékba.

A folyamatot, ahogy a nyílak irányát követjük, a következőképpen olvashatjuk(a reális nagycsoport – térből, a P jelzetű páciens – pozícióból indulva) :
 pacienseink, a 'nagycsoport' egyéb helyeken [Lust 1982] jól jellemzett lélektani terében intenzíven átéljük a verbális megnyilatkozás adott esetben megsemmisítő érzésekkel járó nehézségeit, az ismert, vagy ismeretlen, szégyenteli, fájdalmas, jelentős indulatot mozgósító motívumok intrapszichés megéledését. Ugyanakkor a csoport arctalan tömege kevés biztonságos támpontot ad, amely alapján elővételezhető a megértő fogadtatás. Az újabb paciensek elveszett, bénult érzésvilága mellett megjelenik a régi paciensek tapasztalata is, a destruktív – szétkapcsoló – megnyilatkozások mellett az erőfeszítés a saját dolgok megoszthatóságára, a csoport itt és mostjában átélhető konfliktusok

„túlélhetősége”. Intenzív belső és külső konfliktus jelenik meg a rejtett és napvilágra kerülő motívumok között. Ugyanakkor a személyzet felé erős vágy és félelem irányul (a nagycsoport imaginárius terében az S” jelzetű pozíció), vágy, hogy a tekintetükben elfogadás és gratifikáció tükröződjön és félelem, hogy elrejtteni kívánt, megtagadott, magunk számára „láthatatlan” kellemetlen dolgainkat is megpillantják. A személyzet csoporttapasztalata az (a reális nagycsoport – tér S pozíciója), hogy ott „színről színre” megjelenik, ami van, a paciensek által „nehezen behozott” szorongató, fájdalmas, gyakran támadó, leértékelő megnyilatkozások keltette érzelmeket, énállapotokat nehéz elviselni, megtartani. Folyamatosan kezdünk valamit az erős áttételi nyomással – hívással, átéljük a figyelmünk, odafordulásunk „elégtelenségét”, ennek kielégíthetetlen vágyát, a kialakítandó kép, az értelemadás fragmentáló kontrolltörekvéseit. *A személyzet lát, de nem csak azt a képet, amit a paciens mutatni szeretne, hanem az elrejtett, lehasított részeket tükröző megnyilatkozásokat is, őt magát és ezt valahogy kölcsönösen el kell fogadnunk.* Az ellentétes minőségek egyidejű tartalmazásával, ennek „kibírásával” átéljük ahogy a folyamatosan zajló interakciók szövedékében, a pozíciók, tartalmak és események összekapcsolásával az addig rejtett motívumok explicitté válnak. A személyzet a paciensekkel kapcsolatban ezt a történetiséget tükröző képet hordozza magában (a nagycsoport imaginárius terében a P” pozíció), tükrözve a pacienseknek azt a mélyben mindig élő hitét, vágyát és reményét, hogy egy lerombolhatatlan elfogadó kapcsolat, nem csak határt szab a destrukciónak, hanem elvezethet egy reparáltabb személyes, társas valósághoz is.

Összességében, az „új” paciensből a „rég”i” paciensevé váló folyamat tükrözi egyben a mutatni kívánt kép átalakulását a reális személyiségkép és annak elfogadhatósága felé; a rejtett, lehasadt motívumok explicitté, integráltabbá válását és ez egyben a paciens – személyzet kapcsolat létrejötte, annak története. A tükrözésnek ez a munkája a „nagycsoporton” egyben a *bizalom áthagyományozódása*, a személy és a közösség életében a *történetiség kialakulása*, a közösség életvilágának gazdagodása.

A pozíciók kirajzolta struktúra és a rekonstruálható folyamat pszichológiai kereteként hangsúlyosan felidézük Kohut tükör – áttételről és annak átdolgozásáról írott gondolatainak *mintáját*:

„Szűkebb értelemben véve a tükör – áttétel azt jelenti, hogy újra megjelenik a grandiózus szelffejlődésének azon normális fázisa, amelyben a gyermek önértékelését az erősíti meg, ahogyan az anya szemének csillogása visszatükrözi önmaga exhibicionisztikus bemutatását, illetve ahogyan egyéb módon is részt vesz a gyermek narcisztikus – exhibicionisztikus élvezetében és reagál rá. Amint ezek a viselkedésválaszok fokozatosan egyre szelektívabbé válnak, úgy kezdik a gyermek önértékelését valós keretek közé terelni. E tekintetben anya és gyermeke között a legjelentősebb alapvető interakciók általában a vizuális szférában zajlanak. Az anya szemének csillogása ad visszajelzést a gyermek figyelemfelkeltő testi megnyilvánulásaira.” [Kohut, 2001, pp. 99 – 100.]

Pacienzeink zöme többé – kevésbé súlyos mértékben traumatizáló környezetből jön (masszív érzelmi elhanyagolás, fizikai, sex abusus), alapvetően a narcisztikus – borderline világ modalitásait hordozzák. Kohut, a tüköráttétel átdolgozás kapcsán írja, hogy a súlyos narcisztikus paciensek gyermekkorukban erősen frusztrálódtak az orális és taktilis modalitású interakciók terén; a figyelem és megértés iránti, céljuk elérésében erősen frusztrált vágy él bennük és a testi valóság elfogadásának (közelség) és örömteli gratifikációjának súlyos hiánya miatt a vizuális érzékelési modalitások túlmegszállása jellemző rájuk, elsődlegesen ez éled meg a terápiás kapcsolatokban is. (Utalunk itt a paciensek személyzetre irányuló elvárásaiban használt döntően vizuális metaforikára.)

A 'nagycsoport' realitásában jelenlévő modalitások, mint a fájdalmas igazság elhárítása, a kapcsolat destrukciója, az ismétlés szenvedélye gyakran azt az élményt adja a résztvevőknek, hogy a másik „valaminek nézi”, ami nem ő, ugyanakkor a megjelenő gratifikációs igény arra irányul, hogy „láss”, ami a lehetséges elfogadás nyomán kialakuló bizalom élményével lehetővé teszi a paciens számára vágyott egészlegessége elfogadását, történetiségének kölcsönös

respektjét. Tekintettel pacienseink meghatározó alapproblematikájára azt is mondhatnánk, hogy a közösség egyik nagy, mélyben zajló diskurzusa – pszichoterápiás értelemben – a tüköráttétel átdolgozása.

Összegzés

Tágabb értelemben, a közösségben meglévő – fentebb említett – pozíciók nem kizárólagosan tartozhatnak csak a paciensekhez vagy a személyzethez. A személyzetnek is lehetnek olyan motívumai, melyeket szívesen rejtve tartana, a személyzet is tarthat attól, hogy mindezt megpillanthatják a paciensek és ugyanúgy, ott is érvényes lehet a vágy, hogy integráltabbá váljunk, nyíltabb viszonyok legyenek. A lényeg a teljes minta koherenciája és konzisztenciája, azaz hitelességünk és elkötelezettségünk, hogy lehetőségeink szerint erre törekszünk, ezek azok a konstituens mozzanatok, amik kifeszítve tartják a reflexív munka szimbolikus terét.

Ily módon a közösségben a 'nagy csoport' képe egy szimbolikus teret reprezentál, a kapcsolati lehetőség szimbolikus terét, ahol a közösség életében a rejtettebb, destruktívabb mozzanatok egy kommunikációs folyamatban feltárhatóak, ahol a kultúra áthagyományozódik egy reflexív – hol harcos, hol megértőbb – folyamatban az új és régi összekapcsolásával és ahol ez a közösségi folyamat egyben a terápia folyamatának is a része. A közösség „tudja” ezt, kollektív felkészültsége van olyan kondicionált kommunikatív helyzetek létrehozásával, ahol ki – ki hozzáférhet saját (rejtett) területeihez a másikon keresztül. A kollektív felkészültség kommunikációelméleti fogalma itt azt jelöli, hogy a problémamegoldáshoz szükséges felkészültség nem egy emberen keresztül érhető el, hanem az a teljes közösség megtervezett funkcióiból és struktúráiból adódó felkészültség, a rendszer sajátja (Horányi 2007).

Kérdésem számunkra, hogy eme –a közösségünkben végzett korlátos – kutatás tükrözze kép mit mond magáról a közösség fázisáról, állapotáról? Kérdésem számunkra, hogy időben milyen állandóságú ez a minta, változik-e a közösség életciklusainak változásával? Együtt jár-e jellemző módon egy ilyen módon megragadható mintázat a bioni alapfeltevések fázisaival? Kérdésem továbbá, hogy mennyire jellemző ez a közösségi alapú pszichoterápiás rendszerekre, eltérő stílusú rendszerek milyen mintázatot mutathatnak? További kutatásainkban igyekezzünk választ találni erre ill. partnereket találni az összehasonlításhoz.

3. FEJEZET

A terápiás közösség hatékonyságának vizsgálata: a szubjektív életminőség változása retrospektív vizsgálat alapján

Bevezetőnkben tárgyaltuk a terápiás közösségünkben kezelt paciensek pszichés zavarainak etiológiai természetét, hogy a személyközi traumatizáció, mely jellemzően anomiás társas térben valósul meg, hogyan vezethet klinikai tünetekhez. A később kialakuló zavarokkal együtt járó etiológiai tényezők inkább pszichológiai, szociálpszichológiai és szociológiai kategóriákkal írhatóak le relevánsan, ahogyan arról írtunk, a pszichoterápia intézménye pedig – firtatva a mindenkori társas viszonyokat – a társadalomtudományokhoz tartozó intézmények fogalmi és eszközrendszereivel operál inkább.

Rendkívüli nehézségekbe ütközik azonban a pszichoterápiák, a komplex terápiás rendszerek hatékonyságának vizsgálata. Túl az alkalmazott módszertanok jelentette problémákon – melyekkel e helyütt nem foglalkozunk – kérdésesek azok a dimenziók is, melyek relevánsan jelzik a paciens pszichoszociális funkcionalitásának változását, túl az evidens klinikai tünettanon.

Az intézet működésének ötödik évében határoztuk el, hogy felépítünk egy utánkövetéses vizsgálatot, mellyel a közösségben terápiájukat befejezett paciensek életében bekövetkezett releváns változásokat próbáljuk felmérni, értékelve evvel terápiás közösségünk hatékonyságát is. A teljes vizsgálatról 2011-ben számoltunk be munkatársaimmal [Nagy, Szabolcs, Valkó, Tarján, Simon, Zalka 2011]

Kutatásunkban az **életminőséget**, mint a kurrens kutatás és diskurzus fontos kimeneteli változóját használtuk kiindulásként, a Thalassa Ház terápiás közösségének szemlélete és gyakorlata alapján ezen koncepció szerint igyekeztünk interpretálni a kapott vizsgálati eredményeinket.

Életminőség, funkcionalitás, felépülés - definíciók

A WHO 1948-ban megfogalmazott egészségfogalmáig vezethető vissza az életminőség koncepció, mely szerint az egészség nem a betegség hiányával egyenlő, hanem testi-lelki jóllétet jelent. A 80-as évektől fordult az életminőség és az azzal jelentős átfedést mutató pszichoszociális funkcionalitás felé a figyelem, elsősorban a hosszútávú kezelések hatás- és hatékonyságvizsgálatainak disztális kimeneteli tényezőjeként [Priebe, Fakhoury, 2008]. Jóllehet régóta és sokféle módon mérik, a szociális kimenetelnek, illetve a pszichoszociális funkcionalitásnak nincs egységes konszenzuson alapuló elméleti alapja és definíciója. Köznapien úgy határozhatjuk meg, hogy a pszichoszociális funkcionalitás a szociális szerepek vitele, az azzal való elégedettség, az önellátás és a szabadidős-rekreációs tevékenységek folytatása.

Fontos említeni a felépülési (recovery) mozgalmak megközelítését is, mely legalább annyira fókuszál a folyamatra, mint a kimenetelre. Ez alapján a felépülés olyan személyes erőfeszítésen alapuló folyamat, melyben az érintett mentális betegsége állandó jelenlétében (is) leküzdi annak befolyásoló, romboló hatását. Definíció szerint a felépülés a tüneti remisszió és adekvát szociális funkcionalitás 2 éven keresztül fennállása, egy olyan folyamatos fejlődés, melynek során kialakul a kontroll az életünk felett és eközben a személyiség újjászerveződik [Silverstein, Bellack 2008]. A felépülés - teória az új felelősség - kialakítását (re-responsibilisation), az egyénnek a felelősséggel való felruházását (empowerment) hangsúlyozza [Rácz 2010], s ezáltal tartja elérhetőnek a betegségből való felépülés folyamata során a jól-lét, a megfelelő életminőség elérését. A felépülés koncepciónak további lényeges elemei a remény és az értelemmel teli élet.

A mérés lehetőségei

Az életminőség és a pszichoszociális funkcionalitás mérése történhet objektív (tünetlistás, funkciók értékelése) és szubjektív (leíró, hogyan érzi magát) módon, valamint önértékelő (beteg) vagy megfigyelő (orvos, család) által értékelt skálákkal, illetve ezek kombinációjával. Az objektív és szubjektív módszerrel nyert eredmények közti kapcsolat gyakran gyenge vagy közepes erősségű (0.04-0.57 korreláció), ami egyrészt arra enged következtetni, hogy valójában nem teljesen ugyanazt mérik, másrészt különböző hangsúllyal értékelnek [Lehmann 1982]. Ma már kutatási trendnek is nevezhető az egyre több szubjektív változó használata.

A szubjektív vizsgálati módszerek létjogosultságát és egyben előnyét az adja, hogy bizonyos dolgokat csak a páciens tud értékelni, mert nincs megfigyelhető jele. A páciens egyedi nézőpontot képvisel, tulajdonképpen egy szolgáltatás felhasználójaként jelenik meg. Továbbá, a szubjektív értékelések során kiküszöbölhető a független értékelők közti (interrater) bizonytalanság [McCabe, Saidi, Priebe 2007]. Az önkitöltős, szubjektív változók használatának limitációi a szakirodalom szerint, hogy a hangulati élet és szorongás jelentősen torzíthatja az értékelést, továbbá a súlyos mentális betegségekkel járó apátia, visszahúzódás ronthatják a válaszok megbízhatóságát [Fakhoury, Kaiser, Röder – Wanner, Priebe 2002].

Itt jegyezzük meg azt a Warner [Warner 1999] által felvetett tudományelméleti szempontból érdekes momentumot, hogy az eddig részletezett kétfajta vizsgálati megközelítés egybeesik Pike antropológus-nyelvész kétféle adategységet leíró elméletével [Pike 1967]. „Emic” adategységnek nevezte azt, ami egy kultúrán belüli személyeknek a variációk ellenére is egy egységnek tűnik, míg az „etic” adategység egy kívülről tudományosan megfigyelhető adat. Felteszi továbbá, hogy az „emic” állítások megélhető különbségeket jeleznek, lényegesek és logikusak az érintettek személyek számára (ld. szubjektív változó), míg az „etic” állítások a kutató által felállított értékelés szerinti különbségeken alapulnak (ld. objektív változó).

Hatás- és hatékonyságvizsgálatok a pszichiátriában és pszichoterápiában

Pszichoterápiás paradigmában gondolkodva kevésbé egyértelmű a hatásvizsgálatok és az utánkövetés mikéntje, pedig a metodológiai problémákat csak a kérdés fontossága múlja felül [Kuritárné 2010]. A pszichoterápia hatása gyakran késleltetetten ítélnélhető csak meg, az elégedetlenül távozók hosszútávon profitálhatnak, míg a lelkes elégedettek terápiás kapcsolat híján visszaeshetnek. Arról pedig különösen keveset tudunk, hogy utólag hogyan értékeli, látja terápiáját a páciens [Bernard 1985].

Az 50-60-as években a new-yorki analitikus iskola és a Menninger Projekt fogott úttörőként hosszútávú hatékonyságvizsgálatba, ma pedig már számos nagy, randomizált kontrollált vizsgálat foglalkozik pszichoterápiák hatásának értékelésével, melyek nagy része több éves utánkövetést is magában foglal. Itt utalunk Falk Leichsenring és Sven Rabung meta-analízisére [Leichsenring, Rabung 2008], melyben a hosszútávú pszichodinamikus terápiák hatékonyságát támasztották alá.

Terápiás közösségek hatásvizsgálatáról is egyre több, leginkább brit közlésű evidencia áll rendelkezésre. Davies és Campling [Davies, Campling 2003] a Francis Dixon Lodge-i terápiás közösségben, Warren és munkatársai a Henderson Hospitalban vizsgáltak személyiségzavarral diagnosztizált pácienscsoportokat [Warren, Evans, Dolan, Norton 2004]. Eredményeik közül figyelemre méltó az akut rehospitalizációs ráták és az impulzív gondolatok, illetve az impulzív-önsértő cselekedetek előfordulásának szignifikáns csökkenése.

Az irodalmi adatok alapján a Thalassa Ház közösségében bizonyos időt eltöltött páciensek objektív és szubjektív életminőségi jellemzőit és nyelvhasználatát vizsgáltuk.

Módszer

2009. folyamán azokat a pácienseket kerestük fel levélben, akiket 2008.01.01. - 2008.12.31. között eltelt időben emittáltunk és hazabocsátásukat követően legalább három hónap telt el. A kutatásunkban felhasznált kérdőívet összesen 208 főnek küldtük el a nyilvántartásunkban szereplő címre postai úton. Összesen 84 volt páciensünk küldte vissza a kitöltött kérdőívet. 24 levél postafordultával visszaérkezett, vélhetően az adott személy lakóhelyváltása nyomán, 100 fő esetében pedig semmilyen visszajelzés nem kaptunk. A kutatásban való részvétel önkéntes alapú volt. A megkérdezettek válaszolási aránya így összesen 40,38 % volt.

Az adatfelvétel eszközei

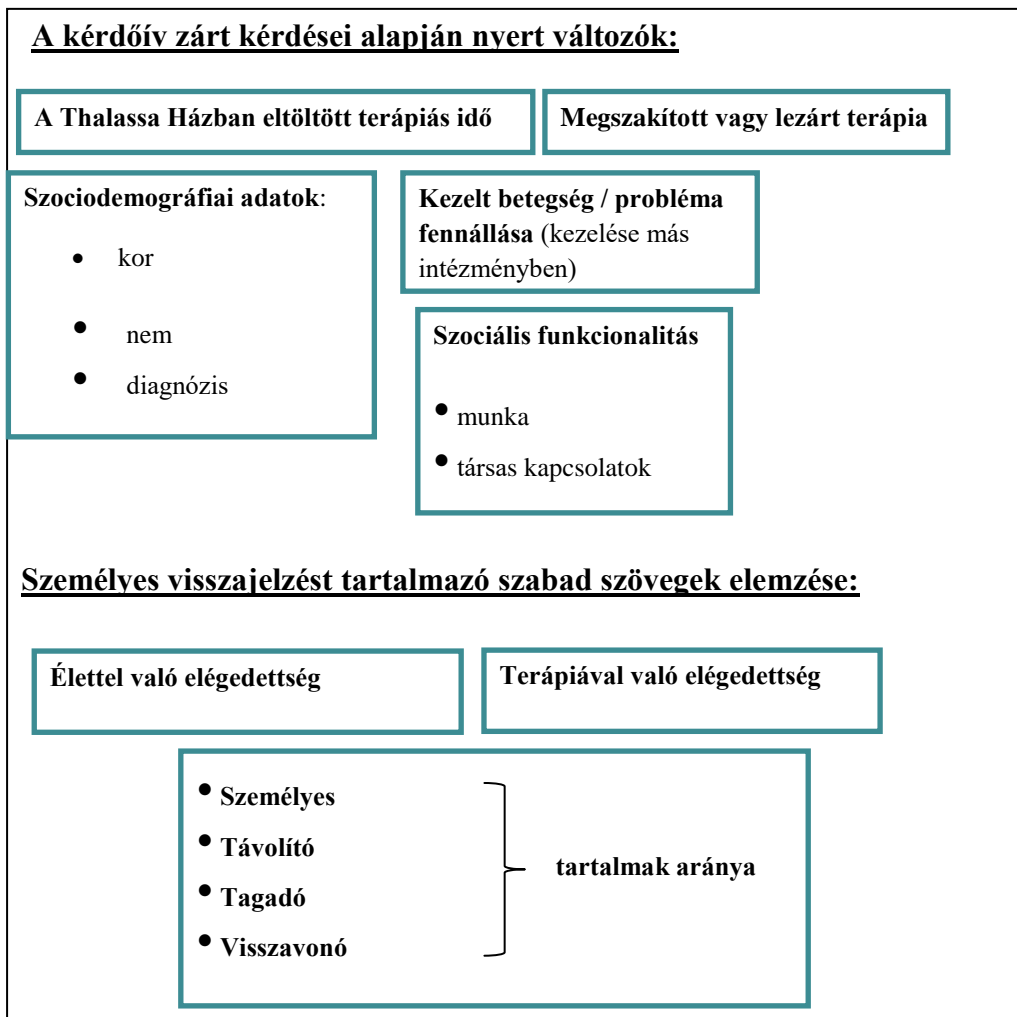
Kutatásunkban egy saját készítésű, félig strukturált, önkitöltős kérdőívet használtunk, tekintettel a minél könnyebb kitölthetőségre és vizsgálatunk próbajellegére. Kérdőívünk főként feleletválasztásos kérdéseket, valamint egy nyitott kérdést tartalmazott. A szociodemográfiai kérdéseken túl (név, születési idő, nem) rákérdeztünk:

- a terápiás közösségben eltöltött időre (minimum 0-1 hónap, maximum 7 hónap),
- a terápia befejezésének formájára (két értékű nominális változóval: megszakított vagy lezárt terápia),
- a kezelt betegség, probléma további fennállására (három értékű ordinális változóval: „megszűnt, elviselhetőbb, további megoldást keres”),
- további kórházi kezeléseken való részesülés / rehospitalizáció időpontjára (három értékű ordinális változóval: nem történt, fél éven belül, fél évnél később).

Vizsgáltuk továbbá a szociális funkcionalitás területeit, mint:

- munkavégzés (négy értékű ordinális változóval: nem dolgozik, rokkant és emellett dolgozik, egyéb módon dolgozik, munkavállaló),
- társas kapcsolatok minősége saját megítélés szerint (két értékű ordinális változóval: romlott, javult),
- társas kapcsolatok a környezet megítélése szerint (két értékű ordinális változóval: romlott, javult),
- az életvitel önállósága (három értékű ordinális változóval: nem változott, kicsit javult, egyértelműen javult).

Kérdőívünk nyitott kérdése további/egyéb személyes visszajelzéseket kért a válaszadóktól, melyeket a későbbiekben ismertetett módon dolgoztunk fel (4. ábra). A válaszadók diagnózisait is kigyűjtöttük adatbázisunkból. A zárójelentésen szereplő diagnózisok közül az aktuális kezelést közvetlenül indokló legerősebb diagnózist vettük alapul, ez alapján négy csoportba soroltuk a pácienseket: szkizofrén, személyiségzavar, tiszta hangulatzavar és egyéb fődiagnózisú csoportokba.



4. ábra. A vizsgálatban használt változók áttekintése

Az adatok feldolgozása

Adataink statisztikai elemzéséhez az SPSS 15.0 verziót használtuk. A nyitott kérdésre adott szöveges válaszokat manuális tartalomelemzés módszerével vizsgáltuk. A tartalomelemzés során kíváncsiak voltunk a páciensek nyelvhasználatára, mivel azt szorosan a szubjektumhoz tartozónak tekintjük és abban bízunk, hogy a páciens nyelvezete még többet felfed, mint önértékelő feleletválaszai.

A tartalomelemzést két szempont mentén végeztük. Egyrészt betanított független szakdolgozók / értékelő (14 fő, nem minden értékelő értékelt minden választ), két dimenzió mentén, a válaszoló élettel való elégedettsége és terápiával való elégedettséget kódolták le a szöveges válaszokat (egy 5 fokú intervallum mérési szintű skálán, ahol az öt lehetséges érték a következő volt:

nagyon elégedetlen (1)

inkább elégedetlen (2)

részben elégedett, részben elégedetlen (3)

inkább elégedett (4)

nagyon elégedett (5)).

További elemzés céljából az egyes értékelők által az adott dimenzióban adott értékelések átlagát használtuk. Az értékelők közti bizonytalanságot az egyes páciensek átlag értéke és az értékelők közötti Spearman rho-val mértük, mivel az öt értékű változók eloszlása nem volt normálisnak tekinthető. A bizonytalanság mértéke értékelőnként 0,756-0,929 között volt, amely elégséges ahhoz, hogy az értékeléseket konzisztensnek tartsuk.

Másrészt a Weintraub-féle módszerrel manuális lingvisztikai elemzést is végeztünk, két betanított független szakdolgozó segítségével. Weintraub szószámlálásra fókuszáló stratégiája azon a feltevésen alapul, hogy az általunk használt kifejezések gyakoriságának a szószerinti jelentésén túl és annak szemantikus kontextusától függetlenül pszichológiai relevanciája van, hiszen

gondolkodásunk és viselkedésünk sajátos mintázata összefüggésbe hozható beszédünk stílusával [Osváth, Fekete, Tiringier 2000]. A 15 kategóriába sorolt grammatikai struktúra közül a személyes tartalmak, a tagadás, visszavonó tartalmak és a távolító tartalmak gyakoriságát vizsgáltuk. A minta alacsony elemszáma miatt a többi kategóriába sorolható tartalmak előfordulása rendkívül csekély, így az elemzés szempontjából irreleváns volt. Adatelemzésünk során, egy új változót képeztünk, az egyes tartalmak adott szövegben megjelenő előfordulási arányát (intervallum mérési szintű skála) vizsgálva. Ezt a változót úgy nyertük ki, hogy az egyes szövegekben fellelhető négyfajta tartalom előfordulási gyakoriságát a szöveg összes szavának számával osztottuk el).

A leíró statisztikai eredményeket az eredményeknél foglaljuk össze, a részletes táblákat a fejezet végén közöljük. Az összefüggések vizsgálatát magas mérési szintű változók esetén Pearson korrelációval (a vizsgált magas mérési szintű változók Kolmogorov-Smirnov teszttel vizsgálva nem tértek el szignifikánsan a normális eloszlástól, kivéve a terápiás időtartam és a tagadó tartalmak aránya esetén. Utóbbi esetben Spearman rangkorrelációt használtunk), nominális és nominális, illetve nominális és ordinális mérési szintű változók esetén chi-négyzet próbával, nominális és magas mérési szintű változók között varianciaanalízissel, ordinális és magas mérési szintű változók, illetve ordinális mérési szintű változók között rangkorrelációval (Kendall tau) végeztük. A minta alacsony elemszáma többváltozós elemzést nem tett lehetővé. Minden esetben 5%-os elsőfajú hiba határ mellett tekintettük szignifikánsnak az összefüggéseket, az egyes elemzéseknél a tesztstatisztikák értékét és a számított szignifikanciaszintet is megadtuk.

Eredmények - A minta jellemzői

A 84 értékelhető kérdőív elemzése alapján a páciensmintánk életkora 17- 61 év között oszlott meg, átlaga 34,61 év (SD=10,77) volt. A nemi megoszlás 64% nő,

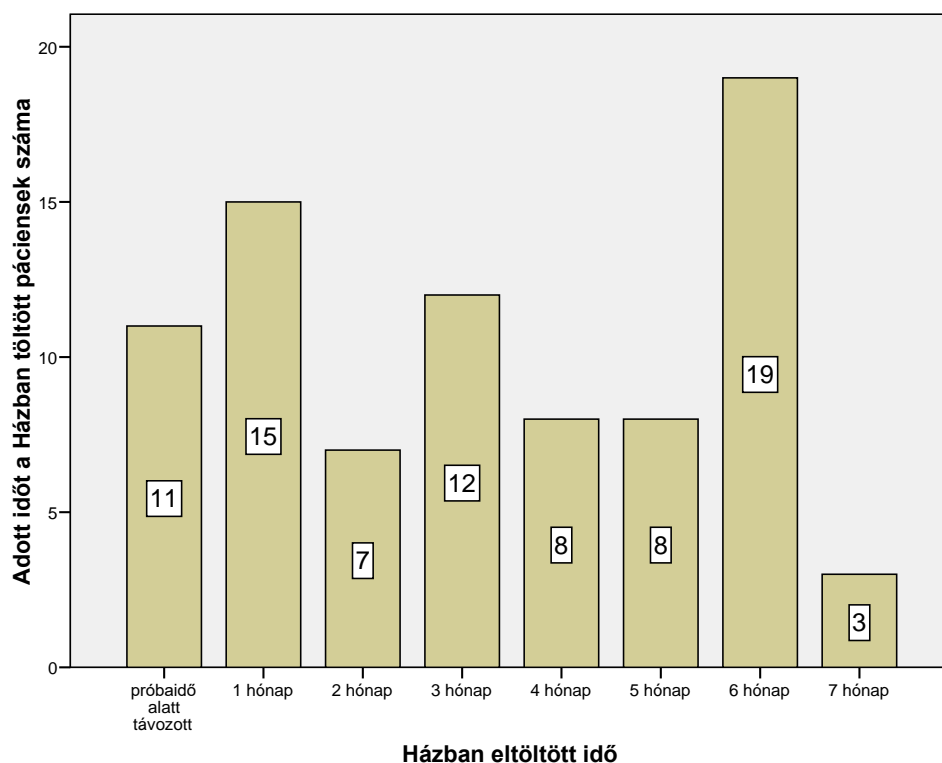
36% férfi volt. A betegség szerinti megoszlást tekintve a pácienseket négy diagnosztikus kategóriába soroltuk, ennek alapján 47%-ban személyiségzavar, 23%-ban pszichotikus zavar, 13%-ban tiszta hangulatzavar és 17% -ban egyéb diagnózisok szerepeltek (5. ábra).



5. ábra. A vizsgált páciensek diagnosztikus kategóriák szerinti megoszlása

Leíró statisztikai eredmények

A *Thalassa Házban* eltöltött idő szerinti megoszlás vizsgálata során ($N=84$, átlag 3,28 hónap, $SD=2,259$) az egyenletes drop-out rátához viszonyítva három kiemelkedő drop-out időszakot azonosítottunk (6. ábra).



6. ábra. A páciensek megoszlása a Thalassa Házban eltöltött idő szerint

Az első csúcs a próbaidőszak (az első hónap) átmeneti helyzetéhez köthető (az első két hónapban), a 6. havi kiugrás pedig annak köszönhető, hogy intézményünkben az ajánlott maximális hospitalizációs idő 6 hónap (ugyanakkor egyéntől függően, bizonyos esetekben ettől eltérünk). Kiemeljük azonban a 3. hónapnál emelkedő kisebb csúcsot, melyre visszatérünk a későbbiekben.

A *terápia befejezésének formája* szempontjából elmondható, hogy a válaszadó pácienseink (N=84) csaknem 2/3-a (51 fő) tervezetten távozott. A *rehospitalizáció* (további kórházi kezelésben való részesülés) tekintetében 69,1%-ot (58 fő; N=84) tesz azon páciensek aránya, akik nem vagy csak a terápiát követő fél év eltelte után kerültek kórházba ugyanazzal a problémával. A probléma további fennállása kapcsán azt láthatjuk, hogy mintánk 72,3%-a (60 fő, N=83) nem vagy kevésbé szenved már attól a *problémától*, amivel a Thalassa Házba. A kérdésre választ adó páciensek (N=42) 66,7%-ának (28 fő) megítélése szerint *társas kapcsolatai*

javultak, ugyanakkor amikor a páciensek a saját környezetük megítélését tolmácsolták (N=78), ez az arány 73,1% volt (57 fő). Azt látjuk tehát, hogy több visszajelzést kaptak a pozitív irányú változásról, mint amennyit magukon észleltek.

A *megélhetésre* vonatkozó válaszok (N=81) alapján a választ adó páciensek fele (41 fő) dolgozik (munkavállalóként, rokkantnyugdíj mellett, vagy egyéb módon). Az *életvitel önállóságával* kapcsolatban a választ adók (N=83) 69,9%-a (58 fő) számolt be kismértékű vagy egyértelmű fejlődésről.

Szöveges választ a kérdőívben szereplő nyílt kérdésre összesen 49 fő adott. A Weintraub-féle lingvisztikai elemzés eredménye alapján a távolító tartalmak előfordulási aránya átlagosan 5,83% (SD=0,0619), a személyes tartalmak előfordulási aránya átlagosan 15,15% (SD=0,079), a tagadó tartalmak előfordulási aránya átlagosan 5,31% (SD=0,064), a visszavonó tartalmak előfordulási aránya pedig átlagosan 3,49% (SD=0,038) volt.

A szövegek elemzésének két elégedettségi dimenzió mentén történő elemzése nyomán azt az eredményt kaptuk, hogy az étellel való elégedettségek átlaga 3,27 (SD=0,99), vagyis a válaszadók átlagosan részben elégedettek életükkel. Terápiával való elégedettség átlaga pedig 3,52 (SD= 1,27), vagyis a válaszadók átlagosan terápiájukkal is részben elégedettek.

Az összefüggések vizsgálata

A Thalassa Házban eltöltött idő:

Eredményeink azt mutatták, hogy a Házban több időt töltő páciensek elégedettebbek a terápiával ($\rho=0,299$; $p<0,05$).

Nem találtunk azonban szignifikáns összefüggést a Házban eltöltött idő és az egyes szociális funkcionalitást mérő változók között.

A terápiával való elégedettség összefüggései az életminőséggel:

A terápiával való elégedettség szignifikáns összefüggést mutatott a szociális funkcionalitás bizonyos tényezőivel. Eredményeink szerint a terápiával elégedettebb páciensek életvitele önállóbb, az összefüggés közepesen erős ($N=49$; $\tau=0,306$; $p<0,01$); megélhetése stabilabb ($N=48$; $\tau=0,296$; $p<0,01$); kisebb valószínűséggel kezelték ugyanazzal a problémával más intézményben ($N=49$; $\tau=0,328$; $p<0,01$). További eredményünk, hogy a terápiával elégedettebb páciensek elégedettebbek életükkel is ($N=49$; $\rho=0,709$; $p<0,01$). Eredményeink tehát alátámasztani tűnnek azt a mindennapi klinikai tapasztalatot, hogy ki-ki úgy viszonyul a terápiájához, mint az életéhez - és fordítva.

Az élettel való elégedettség összefüggései az életminőséggel:

Eredményeink azt mutatták, hogy az életükkel elégedettebb páciensek életvitele önállóbb ($N=49$; $\tau=0,332$; $p=0,003$), megélhetősége stabilabb ($N=48$; $\tau=0,279$; $p=0,014$), kevésbé áll fenn náluk az a probléma, amivel a házban kezelték őket ($N=48$; $\tau=0,414$; $p<0,001$), és kisebb valószínűséggel kezelték ugyanazzal a problémával más intézményben ($N=49$; $\tau=0,245$; $p=0,032$). Eredményeink arra is rávilágítottak, hogy a társas kapcsolatok javulása saját és környezet vélt megítélése szerint együtt jár ($N=41$; $\tau=0,944$; $p<0,001$).

A terápia befejezésének formája:

Nem mutatkozott szignifikáns összefüggés a távozás formája (lezárt vagy nem lezárt terápia) és a terápiával való elégedettség, az ismételt hospitalizáció valamint életminőségi mutatók közt. A nyers számadatok ugyanakkor arról tanúskodnak, hogy a tervezetlenül, acting out távozók magasabb számban kerültek újra

kórházba ugyanazzal a problémával és társas kapcsolatainak alakulásnak inkább romlásáról számoltak be.

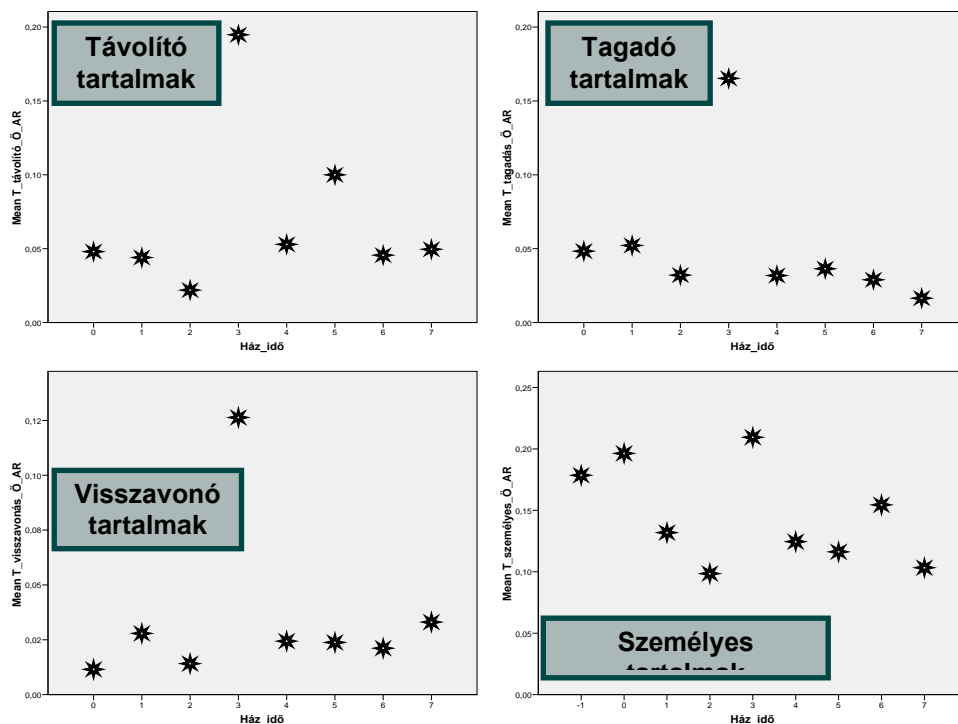
A diagnosztikus csoportok szerinti elemzés eredményei:

Megvizsgáltuk hogy van-e összefüggés, az egyes diagnosztikus csoportok és a szociális funkcionalitást mérő változók (munka, probléma fennállása, további kezelés, társas kapcsolatok, életvitel önállósága), valamint elégedettségi mutatók (terápiával és élettel való elégedettség) között, de itt nem találtunk szignifikáns összefüggéseket. Azonban ha a pszichotikus és a személyiségzavaros csoportot mint súlyos diagnosztikus kategóriát vizsgáltuk, a diagnosztikus csoportok rehospitalizációs rátájának és megélhetésének összehasonlító vizsgálata során azt az eredményt kaptuk, hogy a rehospitalizáció (fél éven belül, illetve túl) és az egyáltalán nem dolgozók aránya szignifikánsan magasabb ($N=83$; $\chi^2=4,56$; $p=0,033$; illetve $N=80$; $\chi^2=5,25$; $p=0,022$) a súlyosabb pszichopathológiával rendelkező csoportban. Megítélésünk szerint ez azt a hipotézisünket támasztja alá, hogy ezekben a betegcsoportokban a felépülés több évére való terápiás tervezés az adekvát, az intenzív osztályos kezelés időszakát követően intenzív ambuláns terápia és szociális rehabilitáció is szükséges ahhoz, hogy a fenti funkcionális kimenetekben is szignifikáns változás mutakozzon.

A lingvisztikai elemzés összefüggései:

A Házban eltöltött idő, valamint az életminőség feleletválasztós kérdésekben mért tényezői nem mutattak szignifikáns összefüggéseket a grammatikai tartalmak arányával. Ugyanakkor szignifikáns összefüggéseket találtunk az élettel és a terápiával való elégedettség és bizonyos tartalmak előfordulási aránya között. Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy minél elégedettebb valaki a terápiával, arányaiban annál kevesebb távolító tartalmat használt szöveges válaszában ($N=27$; $r=-0,441$; $p=0,021$). Bár szignifikáns összefüggést nem találtunk, de a tagadó valamint a visszavonó tartalmak aránya és a terápiával való elégedettség közötti összefüggés is $-0,4$ alatti r illetve ρ értéket mutatott. Minél elégedettebb valaki

az életével, arányaiban annál kevesebb személyes (N=45; $r=-0.326$; $p=0,029$) tartalmat használ. Feljebb említettük a terápiát a harmadik hónapban befejezők, illetve megszakítók nagyobb drop-out arányát. Érdekes, hogy az ekkor távozó páciensek szabad szövegeiben mind a négy vizsgált lingvisztikai tartalom aránya magasabb a többi pácienséhez viszonyítva (7. ábra).



7. ábra. Az egyes grammatikai tartalmak előfordulási aránya a Thalassa Házban eltöltött idő függvényében

Ez támogatni látszik azt a mindennapi klinikai megfigyelést, hogy terápiás rendszerünkben a harmadik hónap nem csupán fele a lehetséges hospitalizációs időnek, hanem egyfajta feszített, határhelyzet is. Tapasztalatunk szerint ennyi idő az elsődleges tünetredukcióhoz szükséges (ld. terápiás mézeshetek), ami az „enyhébb” kórképeknél elég lehet az életminőség jelentős javulásához, a komplex szükségletű páciensek esetén azonban ekkor válik világossá, hogy elégséges -e a motiváció a tüneti fókusz dinamikus (társas) fókusszá válásához.

Értékelés

A Thalassa Házban funkcionalitásukban, életvitelük önállóságában jelentősen sérült, túlnyomórészt pszichotikus és személyiségzavarban szenvedő páciensek terápiája folyik. Vizsgálatunk szerint a páciensek pszichoszociális funkcionalitása jelentősen javult a Thalassa Házban történő kezelést követően. A páciensek háromnegyede egyáltalán nem, vagy sokkal kevésbé szenved attól a problémától, amivel a Thalassa Házban kezelték őket. A terápiás közösségben eltöltött idő szignifikáns összefüggést mutatott a terápiával való elégedettséggel, a terápiával való elégedettség pedig az életminőség javulásával. Továbbá, a terápiával, illetve az életükkel elégedettebb páciensek életvitele önállóbbnak, megélhetőse stabilabbnak bizonyult, valamint kisebb valószínűséggel kezelték őket ugyanazzal a problémával más intézményekben. A terápiával elégedettebb páciensek elégedettebbek életükkel is, amit úgy is interpretálhatunk, hogy mindenki úgy viszonyul a terápiájához, ahogy az életéhez - és fordítva.

Továbbá, a nyelvhasználatban is tetten érhető bizonyos változások (például a távolító tartalmak használata) együtt mozogtak a terápiával és élettel való elégedettséggel. Emellett, eredményeink azt is felvetik, hogy nyelvi tartalmak változásai a terápiában eltöltött idővel is összefüggésben állhatnak.

A legtöbb páciens úgy vélte, hogy a Thalassa Házban eltöltött idő leginkább társas kapcsolataiban hozott pozitív irányú változást. Emellett, a kezelést követően a páciensek nagy része nagyobb önállóságáról számolt be.

A vizsgálat limitációjaként a kérdőív és a vizsgálat menetének strukturális hibáiból adódó adatvesztést, a kis elemszámot, a kevés független értékelőt és a szubjektív vizsgálati módszerekkel járó, az irodalmi részben már ismertetett torzításokat kell megemlítenünk.

Vizsgálatunk során az irodalmi adatokkal egybehangzóan a szubjektív indikátorok megbízhatóságát tapasztaltuk, emellett az általunk alkalmazott szubjektív elemek (szabad szöveg értékelés alapján történt elégedettség-vizsgálat és tartalomelemzés) használhatósága, többi változóval való szoros korrelációja nyert bizonyítást. Ez alapján az objektív, a szubjektív és a tartalomelemzéses módszerek

együttes alkalmazása hasznosnak bizonyul a terápiás közösségek hatékonyságvizsgálata során. Ezen tapasztalatokkal tervezzük további prospektív vizsgálatainkat, melyek célja terápiás közösségünk további fejlesztése.

ZÁRÓFEJEZET

A terápiás közösség és az intézmény megtett útja

Terápiás közösségünk „evolúciójának” majd’ 15 éve párhuzamosan együtt járt a közösséget „hordozó” – szűkebb értelemben vett – egészségügyi intézmény, a kórház, mint szervezet belső és külső feltételrendszerének változásával, ennek aktív alakításával. Az intézmény működési formája (alapítványi fenntartás), a célként kitűzött feladat (pszichotikus és személyiségzavarok kezelése), ennek megvalósított formája (terápiás közösség) alapján meglehetősen járatlan úton, hazai előkép nélkül építettük föl tevékenységünket. Ebből adódóan terápiás közösségünk, az azt hordozó intézmény története egy legitimációs folyamat története is. Ebben a folyamatban hol a terápiás közösség klinikai teljesítménye hozta az intézményt olyan szakmapolitikai helyzetbe a változó társadalmi – politikai erőterben, hogy intézményként saját feltételrendszerének meghatározásába tudott releváns szereplő lenni, hol pedig, ennek következményeképp az intézmény növekvő stabilitása tudott többlet – erőforrásokat biztosítani a terápiás közösség szakmai fejlődéséhez. Ennek a folyamatnak meghatározó állomásai a következők voltak:

- önálló működésünk megkezdése után, két évvel, tekintettel az ellátott profilra, intézményünk országos intézménnyé vált, felvételi területünk nem csak a fővárosra, hanem az egész ország területére terjed ki;
- ez a folyamat lökést adott módszertanunk formalizálásához, ahhoz, hogy szereplőjévé válhassunk a terápiás közösségek hatékonyságát vizsgáló diskurzusoknak, megfelelő minőség – management rendszer részévé kellett válnunk. 2007 – ben csatlakoztunk először a Terápiás Közösségek Nemzetközi Szövetségéhez (ATC), majd a brit királyi pszichiátriai társaság által működtetett „Community of Communities” (CofC) szervezetéhez. A CofC belső auditot biztosít tagjai számára, illetve a

meghatározott szempontok, alapelvek szerint zajló peer review auditok során részletes feltérképezést nyújt egy közösség számára, hogy hol tart a terápiás közösségek optimális megvalósulásának útján, visszajelzést ad az aktuális működés erősségeiről és a fejlesztendő területekről. Egy audit során a meghatározott terápiás közösség (az audit alanya), a tagok teljes részvételével kitölt egy, a működés minden színterét, funkcióit és folyamatait áttekintő review book – ot önmagáról. Ezt az „önreflexiót” a CofC egy másik országban működő tagja, egy másik terápiás közösség (az auditot végző) abban kompetens tagjai értékelik, és azonosítják az említett területeket. Ezt követően ennek az auditot végző terápiás közösségnek delegált tagjai ellátogatnak az audit alanyához és ott eltöltve egy teljes napot, külön – külön megbeszéléseket folytatnak az ottani életéről a paciensek csoportjaival, a személyzet csoportjával és az egész közösséggel. Az auditot végző team ezt követően a korábban (ön)kitöltött review book megállapításait és a megbeszélések alapján szerzett tapasztalataikat összehasonlítják, és az összeállt képet értékelik. A teljes értékelést főbb mozzanatait helyben, majd részletesen egy „feedback review” formájában eljuttatják az audit alanyához. Ez a fajta audit rendkívül értékes visszajelzés a terápiás közösségek számára, hiszen arról ad visszajelzést – egyszerűen szólva, hogy mennyire reálisan látjuk magunkat, hol vannak azok a területek, ahol szeretnénk kedvezőbb képet látni magunkról, de a valóság mást mutat és akár, hol vannak olyan erősségeink, melyeket nem látunk, nem tudunk erőforrásként kezelni. A Thalassa Ház, aktuális erőforrásaitól függően, folyamatosan része ennek a rendszernek, auditorként is rengeteg tapasztalatot szereztünk szerte Európában. A rendszer hazai megismertetésére törekedtünk egy időben, de (funkcionális értelemben vett) hazai lehetséges társintézményeink intézményes valósága, feltételrendszere annyira eltér a terápiás közösségek eme sztenderdizált világától, hogy ezt időszerűtlennek tartottuk.

- Terápiás közösségünk funkcionális működésének kerete az alapítványi fenntartású kórházunk. A kórház, lévén, hogy közfinanszírozott, közfeladatot lát el, ez az egészségügyi rendszerben definiált közfeladat a

„pszichiátriai rehabilitáció volt”. A hazai viszonyokra jellemző módon a különféle bennlakásos pszichoterápiás ellátást biztosító intézmények nagyobb kórházak pszichiátriai osztályainak „rehabilitációs” részlegén működtek. Ebből az következett, hogy – lévén bár a közösségi alapú pszichoterápiás rendszereknek teljesen eltérő feltételrendszere és finanszírozási igénye – ezen részlegeknek a más profilú „pszichiátriai rehabilitáció” feltételrendszerének kellett megfelelniük, az ahhoz tartozó – alacsonyabb mértékű – finanszírozás mellett. Működésünk egyik hosszútávú, sikeres projektje volt, hogy, a társintézményekkel kialakított együttműködésben, sikerült a szakmapolitikai színterek támogatását megszerezve a szakigazgatásban 2015-ben elérni, hogy létrejött Magyarországon önálló „szakmaként” a „pszichoterápiás rehabilitáció”, magasabb finanszírozással.

- 2012 – ben meghívást kapott intézetünk a londoni székhellyel alakuló „Demokratikus Terápiás Közösségek Nemzetközi Hálózata” (INDTC) alapító tagjai sorába. A szervezet azóta számos országból rendelkezik tagokkal, szakmai működése műhelykonferenciák, tapasztalatcserék és képzések szervezéséből áll.
- Partnerszervezete vagyunk az olaszországi Maccagnoban évente rendezett brit – olasz LFA Workshopoknak, ahol segítő szakmában dolgozóknak nyújt a rendezvény egy háromnapos bentlakásos sajátélmény – folyamatot a közösségi alapú terápiás rendszerek területén.
- Intézetünk klinikai gyakorlóhelyként képzőhely több egyetem pszichológusképzésében (ELTE, KRE, PPKE); ÁEEK akkreditált pszichiáter szakorvos rezidens gyakorlóhely. Pszichoterápiás intézményekben, ahol a személyzet és paciensek intenzív kapcsolati munkájában zajlik a terápiás folyamat, rendkívüli érzelmi – kapcsolati megterhelést jelent az együttműködés. A helyzetek professzionális kezelésében a személyzet heterogén, egészen eltérő felkészültséggel (önismeret és szakmai képzettség) rendelkezhetnek szakdolgozók és terapeuták. Ez a helyzet különösen nagy odafigyelést igényel, hogy a kritikus helyzetekben milyen eszközöket kell

alkalmaznunk. A Thalassa Ház kezdeti időszakában a team homogénebb volt, igen elkötelezetten, nagyfokú személyes bevonódással építettük ki a szervezeti működésünk hogyanját. Alapelvünk a kapcsolati szabályozás elsődlegessége volt, tulajdonképpen szervezeti problémákat is a terápiás eszköztárunk elemeivel igyekeztünk megoldani (azonos normák voltak érvényben a teljes közösségben). Az intézmény alakulása során kialakult egy fluktuáció a személyzet körében miközben formalizálódtak működési mozzanataink és sorozatos kríziseink során eljutottunk oda, hogy szervezeti működésünket professzionális módon kell megújítanunk. Szervezetfejlesztő partner segítségével jutottunk el a döntési mechanizmusaink, teljesítményértékelésünk, konfliktuskezelésünk protokolljainak kidolgozásához. A folyamat legfőbb tanulsága az volt számunkra, hogy bizonyos pontokon eltérő normarendszert kell működtetni a páciensek és a személyzet alcsoportjaiban (főként a konfliktuskezelésben), magyarul, a szervezet működtetése, az nem terápia. Szervezetünk tagoltabb, definiáltabb szerepekkel és felelőségekkel működik már jelenleg.

Jelen dolgozat a 2003 – ban alapított Thalassa Ház terápiás közösségének felépítését, terápiás kultúrájának evolúcióját, mint a szelf társas korrekciójának egyik kollektív ágensét vizsgálta. A Thalassa Ház a terápiás közösségek bevezetőben említett evolúciós folyamatában értékelésünk szerint egy radikálisabb továbblépésként jelent meg. Ez a radikalitás abban jelent meg egyfelől, ahogy egy már létező egészségügyi (pszichiátriai) rendszert dekonstruáltunk, másfelől, ahogy a terápiás közösség működését, annak elemeit, a közösségi együttműködés rendjét:

az I. Rész 1. Fejezetében tárgyalt módon, egy radikálisan értelmezett pszichoterápiás gondolkodás inherens érték – mozzanataiból, alapelveiből fölépítettük;

magának a közösség működésének feltételeit biztosító intézményes strukturális és funkcionális elemeket a lehető legteljesebb mértékig ebbe a körbe bevonni igyekeztünk, ahogyan azt az I. Rész 2. Fejezetében leírtuk;

az intézményt, mint rendszert, hatótényezői és klinikai hatékonysága szempontjából értékeltük (II. Rész).

A bevezetőben kibontott konceptuális – történeti háttéren rajzolódik ki a Thalassa Ház terápiás közösségének – az I. Rész 3. fejezetében tárgyalt – markáns érték, norma és szabályvilága hordozta kulturális jelentés is.

A terápiás közösség mindennapi gyakorlatában, a felépítés és működés leírt dimenziói mellett – mint minden ilyen intézményben – a központi kérdés a „hogyan”, hogy miként tudjuk játékba hozni mindezt úgy, hogy a közösségi és személyes integrálódás egyazon folyamat két arca (leírása) legyen? A kérdés, hogy mitől működik (ha működik) egy ilyen közösség, hogyan éri el célját, ami esetünkben egyfelől egy elég jó klinikai output, másfelől pedig egy integrált közösség. Ezekre a „hogyan” kérdésekre igyekeztünk lehetséges válaszokat találni a közösségi hatékonyság elemeit vizsgáló II. Rész 1. és 2. Fejezeteiben, a klinikai output minőségére pedig a 3. Fejezetben.

A terápiás közösség, mint kollektív ágens

Az említett érték, (alapelv), norma és szabályelemek játékba hozásának *hogyanja* (a közösség tagjainak az a törekvése, hogy a dolgokat kölcsönösen így – és – így lássák) adja az intézmény konstitutív alapját. Ezek a hogyanok jelölik ki azt a szuperkoherens komplex szimbolikus teret, ami fenntartja a rendszert.

Szuperkoherens mert a teljes, konkrét napi életet és a pszichikus, személyközi valóságot reflektálja egyidejűleg (lásd I. Rész 2. Fejezet). Ez a szimbolikus világ szervezi a rendszer határfelületeit, adja a struktúra értelmét. A struktúra jelenti egyrészt a nyers (idő, tér, fizikai) és szimbolikus határok, szerep, funkció, alanyi személyközi határok és a különféle aktivitások határainak fenntartását, jelenti a

normatív, performatív és expresszív szinterek határfelületeinek fenntartását, illesztését, jelenti a reflexív szinterek fenntartását, a paciens – személyzet határok fenntartását, az előre nem látható események, feltételváltozások kezelését. A közösség többletfelkészültsége - a kommunikáció participációs elmélete szerint [Horányi 2007] – konkrét, operáns módon a struktúra fenntartásában ölt testet, a rendszer elemeinek határillesztésében. Ez magas szintű kooperatív, reflexiós és absztrakciós munkát jelent, melyben személyzet és paciens egyaránt kompetens lehet. A kondicionált határfelületek a konfliktusok kezelhetőségét és dialógusok kialakulását teszik szükségsszerűvé és lehetővé. Ezekben a konfliktusokban és dialógusokban a személyes élettörténet rekonstrukciója és közösségi erőforrások újratermelése történik: bővebben értjük, miben élünk, hogyan működünk, az új ismeret jelentette életvilág – gazdagodás teherbíróbbá, adaptívabbá teszi a közösséget. A közösség társas tere adott esetben a vegetatív („nyerset”), szimptomatikus, performatív szimbolikussá transzformálja a pszichikus, tehát a kapcsolati világ számára, ehhez kell a mások kapacitása: a saját pszichofiziológiai állapotok olvasása és megosztása adott helyzetben. A tüneti jelenség, viselkedészavar társas relevanciájának megértésében ölt testet adott esetben a közösség többlet – felkészültsége, ez a többlet – felkészültség adja annak feltételeit, hogy a tagok kölcsönösen hozzásegítsék egymást saját maguk lehasadt, gátolt, megtagadott pszichikus részeihez, hogy ki – ki hozzáférhessen saját magához a kommunikáción keresztül.

A terápiás közösségek világában a Thalassa Ház felépítése a következő mozzanatok alapján jelent radikálisabb előrelépést:

- *struktúrájában erősen konceptualizált teljes – nonverbális, performatív és verbális pszichoterápiás rendszer ágyazódik bele egy szintén erősen konceptualizált módon fölépített terápiás közösségi világba, mely terápiás közösség reflexivitásban és performativitásban megvalósította érték, norma és szabályrendszere önmagában korrektív „módszer”.*
Egyszerűbben szólva, egy pszichoterápiás rendszer és egy terápiás közösség ötvözéséről van szó, a létrejött komplexitás és integráltság okán egyfajta harmadik minőségről beszélhetünk.

- *a terápiás közösség teljes személyzete részt vesz valamilyen formában úgy a pszichoterápiás, mind pedig a közösségi aktivitásokon. Az értelmező és „reflektáltan megélő” pozíciók és szinterek világos határokkal elválnak ugyan, de a személyek azonosak, pl. pszichoterápiás verbális kiscsoporton az áttételi helyzetet értelmező terapeuta mellett ott az azt „átmeneti” személyként megélő nővér, a közösség együtt-cselekvéseiben az operatívén irányító és kereteket kijelölő terápiás munkatárs és paciens mellett ott a terapeuta, aki azon a szintéren „átmeneti” személyként megélhető. (Az „átmeneti személy” kifejezés itt szemiotikai értelemben utal a winnicotti átmeneti tárgyra, a terápiás közösség potenciális terében előtérbe kerül az az élmény, hogy a megélt személyközi élményeink valamely korábbi meghatározó kapcsolatunk „megéledései”, ez az élmény (ez a mintázat) egyszerre jeleníti meg a belső, lélektani és a potenciális, ill. reális tér minőségeit, kiváló lehetőséget adva az ennek határaival való munkához.) A különféle rész – szinterek, ill. a közösség teljes egésze a problémaérzékelés, leírás és megoldás különféle szintereit is jelentik, eltérő felkészültségeket feltételeznek (pl. pszichodráma, mozgásterápia és betekintő megbeszélés, nagycsoport és a kertfelelősség, a közös fűnyírás, stb.), a szinterek strukturáltsága, az azokban való részvételek és tudások egymásra – vonatkozása a közösség később tárgyalandó kollektív agenciájának egyik alapvető mozzanata.*
- *a terápiás közösség világa erősen „jelölt”, reflektált, „színházaszerű”. A „jelöltség” kifejezést a korábban említett Gergely - Watson – féle szülői tükrözés elmélet értelmében, szemiotikailag ahhoz hasonlóan értjük. A közösség világában minden dolognak megvan a maga realitása (a terek, az eszközök, a személyzet, a növények, a szimbolikus mozzanatok) és ugyanakkor hangsúlyosan hordoznak egy, (a kultúránkban) és a közösség hagyományaiban kidolgozódott többlet – lélektani, társas – jelentést is, ami folyamatosan rendelkezésre áll a kommunikációkhoz, ami adott esetben dramatikusan is felhasználható érzések, gondolatok, viszonyok megjelenítéséhez. (Pszichodramatistánk megfogalmazása szerint a terápiás közösség az „nagycsoport pszichodráma eszközökkel”) Úgy a szülői*

tükrözés modellben, mind pedig a színházszerűség világában ez a „jelöltség” avagy a grotowski – féle „aktív kultúra” [Adorján 2015] a személy „öntudatra ébredésében” ill. önismereti folyamatában játszik fontos szerepet.

A Thalassa Ház terápiás közössége a pszichoterápiás rendszerek és a terápiás közösségek elemeinek ötvözésével jelent újabb minőséget.

Dolgozatunkban a terápiás közösséget a kommunikáció perspektívájából, a participációs modell értelmében, mint kollektív agent tekintjük [Horányi 2007]. A klinikai és egyben közösségi cél azon többlet – felkészültségekhez való hozzáférés állapota (kommunikatív), melyek révén releváns problémafelismerés és adekvát megoldás realizálható az egyén („a paciens”) és a közösség számára. Ez a folyamat kommunikatív állapotok elérésén át vezet. A többletfelkészültséget adó közösség tagjai, csoportjai felkészültségeinek integráltsága a hatékonyság egyik kulcseleme. Az individuális ágensek egymás és saját tudásaira való kölcsönös reflexiók során áll elő a kölcsönös tudásnak [Hamp 2006] az készlete, ami a közösség szimbolikus testét alkotja. Pl. egy közösségi „nyitás” helyzetében megjelenő keretsértés ténye többféle felkészültséget hoz játékba: a mozzanat személyes megértésének releváns színtere lehet a verbális kiscsoport, a pszichodráma, de kezdeni kell vele valamit közösségi szinten is, ez a nagycsoport színtere, ugyanakkor vonhatja maga után az együttműködési keretek megváltoztatását – ez a kezelő és a paciens kontraktusa. Ezek a felkészültségek ott és akkor egymás számára is jelen vannak, értelmeződnek egymásban, így jelenhetnek meg alapvető dilemmák és a közösség érését segítő konszenzusok. (Pl. utólagosan megosztott keretsértés következménye: „az őszinteség büntetése”, avagy hol a permisszivitás határa?) A közös tudások plusz felkészültséget igényelnek ahhoz, hogy kölcsönös tudás váljék belőlük, a plusz a kölcsönösség reflexív színtereinek biztosítása (a tudások kölcsönös kapcsolati „érvényesítése”).

Minél integráltabb a kollektív ágens (minél több kölcsönös tudás van jelen), annál nagyobb a korlátozott nyitottság esélye a participációra az egyén számára, annál integráltabb (és differenciáltabb) személyiségalakulást tesz lehetővé. A konstitutív alap értelmének feltárulása a kölcsönös tudás eseteit gazdagítja a közösség felé.

Mivel a kommunikatív állapot a részesedés kommunikációs aktusain át érhető el (a többlet - felkészültségek megszerzése) és a kommunikatív feltétele a meglévő többlet felkészültség, a felkészültségeiben igen korlátozott agens az eredendő felkészültség – közeli kommunikatívól tud indulni, ezért alapvetően fontos a testi állapotok és a performativitás világában felépíteni a kiinduló kommunikatív állapotot, melyben a probléma a szimbolikus eszközök elérhető elsajátítása már. Innen a pszichoterápiás rendszer felépítése is: a nonverbális, performatív hangsúlyú csoportok a hét – és a rehabilitációs program – elején, majd a verbális kiscsoportok. Ugyanígy, a „befogadó” csoportjaink szocioterápiás eszközökkel dolgozó csoportok, céljuk a kapcsolati munkára szocializálás, fókuszban az a tény, hogy érzéseinkkel, testi állapotainkkal, emlékeinkkel, gondolatainkkal fogunk dolgozni, amik egy számunkra fontos kapcsolati helyzetben megjelennek. ehhez tudnunk kell azonosítani ezeket a mozzanatokot – verbálisan megosztani.

A nemzetközi szintér

A terápiás közösségek „mozgalma” a működésüket meghatározó alapelveik és normáik miatt gyakorta utópisztikusnak tűnik egy adott társadalmi gyakorlat mellett. Az európai trendeket figyelembe véve az „idő” gyakran meghaladni tűnik ezt a terápiás formát, módszert, mivel a társadalom szempontjából az adaptációt preferáló (kevésbé kritikus), és költséghatékonyabbnak tűnő szolgáltatásokat preferálnak ez idő szerint a különböző országok egészségügyi alrendszerei.

A terápiás közösségek mai formában való kialakulását követően az 1980 – as években Európában több helyütt próbálták megvalósítani az alapelveknek megfelelő működést pszichiátriai intézményekben. Matti Isohanni professzor Finnországban, Ouluban alakított ki egy akut pszichiátriai részlegen terápiás közösséget. A létrehozás folyamatáról, eredményeiről doktori disszertációja alapján megjelent kötetében számolt be. [Isohanni 1983] Ez a munka meghatározó

befolyással bírt többek között a Magyarországon, Kézdi Balázs létrehozta szigetvári open door pszichiátriai rendszer létrehozásában. Mára, ez a típusú, hosszabb közösségi tartózkodást feltételező ellátási forma megszűnt Finnországban, költséghatékonysági okokra utalva, az eredeti közegben, nappali ellátási formában próbálva megoldani a kezelést. (Isohanni, személyes közlés)

Hasonlóan Angliában, a nagyhírű Henderson intézet bezárását követően, kritikus helyzetbe került jó néhány terápiás közösség. A bezárást általában költséghatékonysági okok ill. a közösségek világának zárttá válása okozta. Evvel párhuzamosan napvilágot látnak olyan elemzések, ill. költséghatékonysági vizsgálatok (lásd később), amik alapján ismét előtérbe kerülnek a terápiás közösségek, nem utolsósorban a társadalmi valóságot formáló modalitásaik miatt is. [Nicholson 2014, Yates 2017]

Az egészen eltérő hagyományokkal rendelkező olasz terápiás közösségi színtér, mivel „alapértelmezetten” ezeken a színtereken történik a pszichoszociális rehabilitáció, gazdagodik és fejlődik, a terápiás közösségek egyéb, hagyományosabb intézmények napi gyakorlatát alakító szerepe tudatosabban felvállalt. (pl. az LFA bentlakásos workshopok gyakorlata [Lombardo 2014])

A terápiás közösségek szakmai közösségét gyakorlatilag az angol és olasz műhelyek jelentik. 2010-ben a londoni CHT terápiás közösség vezetője, John Gale indítványára megalakult a demokratikus terápiás közösségek nemzetközi hálózata (INDTC), dél-amerikai, görög, brit és olasz közösségek részvételével, az alapítók közé meghívást kapott a Thalassa Ház is. 2013 – ban, a szervezet római konferenciáján kaphattunk / adhattunk képet a terápiás közösségek aktuális helyzetéről világszerte. A konferencia anyaga az European Journal of Psychotherapy and Counselling 2014 első számában jelent meg. A szám áttekintést ad a pszichoanalitikus és közösségi gondolkodás ötvöződéséről a közösségi gyakorlat alapjául szolgáló szemléletben [Gale 2014], a korrektív folyamatok színteréül szolgáló közösségek lélektani és közösségi vonásairól [Baldassarro 2014; Gaburri 2014; Pereira, Sousa 2014; Zalka 2014] és a közösségek integrálódásáról az ellátórendszerben ill. a képzési – szakmai

együttműködésekben [Vigorelli 2014; Moschonas, Kakouri, Karapostoli, Papadakis, Morarou, Tsegos 2014; Barone, Bruschetta 2014].

A 2017 – es év döntő változást hozott a módszer „klinikai státuszát” illetően, ez év elején jelent meg Steve Pearce oxfordi munkacsoportja kutatásai alapján az első randomizált, kontrollált vizsgálat eredménye a terápiás közösség hatékonyságáról a személyiségzavarok kezelésében a British Journal of Psychiatry hasábjain. [Pearce et al. 2017] A közlemény úttörő jelentőségére Rex Haigh hívja föl a figyelmet a szerkesztői előszóban, ugyanis a kutatás egyértelmű megállapítása a módszer hosszú távú hatása és hatékonysága. Evvel a terápiás közösség módszere belépett a klinikai evidence based eljárások sorába. Megelőző évben, ugyancsak az oxfordi munkacsoport publikált a terápiás közösségi módszer költséghatékonyságáról a BMC Psychiatry hasábjain, összehasonlítva a hagyományos intervenciós módszerekkel a közösségi ellátást. A vizsgálat egyértelmű megállapítása, hogy a terápiás közösség ellátási formája jóval kevesebb direkt és járulékos költséggel jár, mint a hagyományos egészségügyi ellátások sora a személyiségzavarok kezelésében. [Maughan et al. 2016] A képet teljessé teszi, hogy idén jelent meg a terápiás közösségek elméletét és gyakorlatát átfogóan tárgyaló könyv, a korábban említett szakemberektől. [Pearce, Haigh 2017b]

A fejlődés útját izgalmas kísérletek jelzik egyfelől, pl. kis lakóközösségek kialakítása az olaszországi szcénában [Bruschetta, Barone 2016], másfelől egyértelmű trend, hogy a terápiás közösségek „tudása” átadódjék a hagyományosabb intézményrendszerekbe, a „közösségiség” gyógyítóerejének mikéntje, az intézményes viszonyok, folyamatok tudatosabbá tételével azok hatótényezőként való megértése terén. [Pearce, Haigh 2017a]

A hazai viszonyokat tekintve egyértelműnek tűnik, hogy egy út elején vagyunk, úgy a terápiás közösségi színterek elterjesztésében, mind pedig a hazai (pszichiátriai ellátást) nyújtó intézményes valóság „közösségibbé” tétele értelmében (fontos megkülönböztetni, itt a szóhasználat a bentlakásos, kórházi intézményekre vonatkozik, a közösségi pszichiátria más diskurzus).

A dolgozatban több helyütt előforduló gondolat, hogy, különös tekintettel a terápiás közösségekben kezelt paciensekre, mindig érdemes belegondolni, hogy mit is medikalizálunk. Olyasmit, ami egy mikroközösség anomias működésének eredménye. Jogos kérdés lehet persze, ha feltennék, hogy miért az egészségügy alrendszerére (is) terhelődik ilyen mértékben egy, alapvetően a társadalmi együttélés súlyos zavaraiából származó probléma kezelése. Mindenesetre, a terápiás közösségek gyakorlata megmutatta, hogy egy közösség nem csak megbetegíteni tud, hanem, az alapvető emberi szükségletek respektjével, gyógyítani is.

Függelék
1. Órarend

HÉTFŐ		KEDD		SZERDA	CSÜTÖRTÖK		PÉNTEK
8 ³⁰	8 ³⁰ -8 ⁴⁵ Személyzeti megbesz.	8 ³⁰ -8 ⁵⁰ Közösségi megbesz. (Nyitás)		8 ³⁰ -8 ⁵⁰ Személyzeti megbesz.	8 ³⁰ -8 ⁵⁰ Közösségi megbesz. (Nyitás)		8 ³⁰ -9 Személyzeti megbesz.
9	9-11 Betegfelvétel	9-11 Első Interjú	9 ¹⁵ -10 ⁴⁵ Zene csop.	9-10 Nagycsoport		9-10 Nagycsoport	
9 ³⁰		Betekintő	9 ¹⁵ -10 ⁴⁵ Dél-előtti tesz-vesz	10-10 ³⁰ Nagycsoport. Megbesz.	10 ¹⁵ -10 ³⁵ Mentori 10 ¹⁵ -10 ³⁰ Betekintő	10-10 ⁴⁵ Nagycsoport. megbesz.	10 ³⁰ -11 Hétvége megbesz.
10							
10 ³⁰							
11	11-11 ³⁰ Jövő-menő (kaptár)	11-11 ³⁰ Közös dolgaink (kaptár)		11-12 Eset-megbeszélő csop.	11-12 Első interjú megbesz.	10 ⁵⁰ -11 ⁵⁰ Fejlesztés megbesz.	11-12 Serdülő csoport
11 ³⁰							
12							Családkonzultáció
13	13-14 Nagycsoport	13-13 ⁴⁵ Stég	13-14 Befogadó csop.	13-14 ³⁰ Verbális kiscsoport	13-13 ⁵⁰ Eset-megbeszélő csop.	13-13 ³⁰ Személyzeti megbesz.	
13 ³⁰							
14	14-14 ³⁰ Nagycsoport.	14 ³⁰ -16 Mozgás csop.	14 ³⁰ -16 Műv. terápia	15-16 Hátszél	13 ³⁰ -16 Pszichodráma	14-15 ³⁰ Személyzeti csop.	
14 ³⁰		14 ³⁵ -16 ⁰⁵ Tisztás	16-16 ¹⁵ Vacs	15-16 Kreatív			
15	15-16 Befogadó csop.						
15 ³⁰							
16	16 ¹⁵ -16 ³⁰ Zárás	16 ¹⁵ -16 ³⁰ Zárás		16 ¹⁵ -16 ³⁰ Zárás	16 ¹⁵ -16 ³⁰ Zárás	16 ³⁰ -16 ⁴⁰ Mentor delegált megbesz.	
17						17-19 ³⁰ Zárt pszichodráma	
17 ³⁰		18-19 ³⁰ Korall csoport					
18 ³⁰							
20							

2. Együttműködési szerződés

A „THALASSA HÁZ” Terápiás Közösségének Együttműködési Szerződése

A szerződő felek az alábbiakban megfogalmazott együttműködési feltételeket, a Ház „játékszabályait” elfogadják, megtartásukra törekcsenek és viselik a szabályok megsértéséből fakadó következmények felelősségét.

Terápiás keretek megóvása közös felelősségünk.

A „Terápiás Szerződés” betartása mindkét fél felelőssége. A terápiás aktivitások időbeosztását az egyéni órarend tartalmazza, az egyes terápiás formákra vonatkozó külön szerződéseket a terapeutákkal egyeztetjük. A közösségben elvárjuk az időkeretek betartását a közös terápiás terekben.

Az egyéni és csoportterápiás formákról tájékoztatást adunk (melyik csoport miről szól, mi a célja stb.). Az intézetből való eltávozás a kezelővel történt egyeztetés alapján történik, minden esetben jelezzék ezt a nővéreknek.

Ne tapossuk le a terápia kereteit és a Ház kerítését!

Ha valamely terápiás aktivitás túl nehéz, nyomasztó, ha a közösségi élet rendkívüli feszültségeket kelt, bátran szóljunk a közösségi megbeszéléseken vagy jelezzük a személyzetnek. Nem csak a tünet (indulatkezelési nehézség, önsértés, drog, stb.) hanem az indítéka is a közösségre tartozik! Megegyezés nélküli távozásnál is az ajtót használjuk, ne a kerítést, ha mindenképpen menni kell.

Testi Egészségügyi problémák kezelése – a paciens és a Ház érdekeinek egyeztetése.

Intézeti állományban lévő páciens, akinek „testi – szervi” egészségügyi problémája van, feltétlenül jelezze kezelőjének. Szükség esetén egészségügyi vizsgálatokat konzílium keretén belül biztosítunk társintézményeinkben, kizárólag előzetes megbeszélés alapján. Az előzetes egyeztetés nélküli orvosi vizsgálatok anyagi felelőssége a páciensre terheli (kivétel: akut állapotok, pl. baleset). Aki hétvégi eltávozása során tart attól, hogy nem megfelelően tudna vigyázni magára, esetleg kárt tenne magában, mindenképpen beszéljen erről kezelőjével, hogy közösen találjanak megoldást a problémára.

A Ház drog, szex, alkohol és erőszakmentes közösségi tér

Szex

Szexuális kapcsolatnak nincs helye a Terápiás Közösségben, következménye a felek terápiájának közösségi szintű átgondolása, esetleges megszüntetése, illetve felfüggesztése.

A kialakuló pár terápiáját egyidejűleg nem tudjuk vállalni, ugyanakkor a megjelenő érzelmeknek, fantáziáknak helyük van a terápiás terekben, támogatjuk ezen témák személyes felvállalását

Drog/alkohol

A személyzettel megbeszélte gyógyszerelésen kívül egyéb pszichoaktív szert, gyógyszert, drogot, alkoholt senki nem fogyaszthat a kezelés ideje alatt. Elvárás, hogy szermentes állapotban jöjjenek a Házba a közösség tagjai, drogot/alkoholt senki, semmilyen módon nem hozhat be a házba. Alkoholos illetve bármilyen droghatás alatt álló páciens nem jöhet be, illetve elküldjük.

Erőszak

Nincs helye közvetlen, személyre irányuló fizikai erőszaknak, vagy fenyegetésnek éppen úgy, ahogy a közösségi tér dolgai rongálásának sem.

Személyre irányuló erőszak esetén nulla tolerancia, ez a közösségből való kizárást vonja maga után. Rongálás esetén az okozott kárt 1 hónapon belül meg kell fizetni, avagy saját erőfeszítéssel megjavíttatni, melyhez a személyzet segítséget nyújt.

A szobák tere privát tér. A saját tér rendben tartása saját felelősség.

Szoba: magánszféra, mindenkire vonatkozik, idegenek ott tartózkodásához az otthlakók beleegyezése szükséges. Ételt csak a hűtőszekrényben történő tárolás céljából hozzunk fel a szobába, a hotelszinti hűtőkben a Házban készült vagy kapott főtt étel nem tárolható. A szobák és a közös terek takarítása a közösség tagjainak felelőssége. A távozó beteg kitakarít maga után. Takarítási rend név szerint a közös munkák listáján. Mosógép használatra hétvégén van lehetőség, díj ellenében (200Ft). Tűzhely használat: kis konyha, főzési lehetőség van.

Karbantartási munkáknál (TV, CD, stb.) jelezzék a személyzetnek a megoldási javaslatot, egyéni megoldásokat támogatunk.

Vállalt munkák.

A közösségben – a saját terápiás erőfeszítéseket támogatandó, szorosan a terápiás „filozófiánkhoz” tartozó elemként – elvárás a közösségi munkákban való részvétel, a saját aktivitás, munka, felelősség vállalása. Ennek rendjét keddenként, "közös dolgainkon" alakítjuk ki.

Kommunikációs eszközök használata

Terápiás időben a mobiltelefonokat, számítógépeket, tableteket ki kell kapcsolni. A telefonra megállapodástól függően vonatkoznak a szabályok. A „szigorú keret” idejében csak 17:00-20:00 között lehet használni telefont mindennap. A többi bentfekvős páciens hét közben 7:00-8:30 és 16:30-22:00, pénteken 12:00-22:00, hétfőn, ha épp nincs keretezett elfoglaltság, 8:00-22:00 között használhatják a telefonjukat. A bejárósoknak hét közben a ház előtt ki kell kapcsolniuk a telefonjukat. Kivételes esetben terápiás időben is használható a telefon, melyet előzetesen a kezelővel kell egyeztetni. Amennyiben ez nem megy, a telefont le kell adni a nővéreknek. A számítógépek, laptopok, tabletek használatára kizárólag 16:30-tól 22:00-ig van lehetőség hét közben, pénteken 12:00-22:00, hétfőn 8:00-22:00 között. 24:00-ig internet nélkül laptopot használni akkor lehet közös helyiségben (alkotó vagy ebédlő) filmnézés céljából, ha az aznapi záráson minimum 3 fő jelzi ezen igényét. A szabály értelme a terápiás érzelmi-kapcsolati tér védelme, az érzelmek és indulatok helyben tartása, kezelése.

Titoktartás

A terápiás terekben történetekre (verbális, nonverbális) teljes titoktartás vonatkozik, azokat a Thalassa Házzal szerződésben nem álló személyekkel megosztani semmilyen formában (személyes, virtuális pl.: facebook, blog stb.) nem szabad. Csoportfoglalkozásokon csoporttitok érvényes. Kapcsolattartás a páciensek között terápiás tereken kívül nem ajánlott, ennek az igényének a megbeszélését fontosnak tartjuk a megértés érdekében.

A hétfője is a Ház tere.

A terápia folyamata, a terápiás kapcsolat "házon kívül" is él, így ekkor is elvárjuk a terápiás keretekre vonatkozó alapvető szabályok betartását, ezek elemeit az adott kezelővel egyeztetjük. Amennyiben a kerettartás nem sikerül, úgy ezt a problémát "hozzuk be" terápiás keretek közé.

Keretszegés

Amennyiben keretszegésre kerül sor, alapvető fontosságúnak tartjuk, hogy terápiás térbe kerüljön az esemény. A keretszegés a terápiás keretek megváltozását vonhatja maga után, megtörténtekor a terápia folytatása a kezelővel (kezelőpárral, stábbal) történő egyeztetés függvénye. A közösség konszenzus útján megvétózhatja az együttműködést akkor is, ha a kezelő a keretszegés ellenére lehetőséget lát a terápia folytatására.

Egyéni lehetőségek szerinti önkéntes anyagi hozzájárulás.

A Terápiás Közösség eszközzrendszerét az alapítványi adományokból fejlesztjük. Elvárjuk, hogy egyénileg mérlegelje anyagi erőforrásait és lehetőségeihez mérten hozzájáruljon saját terápiájához és a közösség fenntartásához. A hozzájárulás nem feltétele a kezelésnek. A hozzájárulás technikai részleteiről nővéreink adnak felvilágosítást.

Kezelő aláírása:

Páciens aláírása:

Budapest, 201 . . .

Hivatkozások jegyzéke

Adorján, V. [2015]: A laboratórium. Az *opolei – wroclawi színházi Laboratórium* tevékenysége és utóélete 1959 – től napjainkig. Ráció, Budapest.

Adshead, G. [2015]: Security and the social mind: attachment and therapeutic communities. *Therapeutic Communities*. 36:1:12-20.
<https://doi.org/10.1108/TC-02-2015-0009>.

Alasuutari, P. [1996]: *Researching Culture. Qualitative Method and Cultural Studies*. Sage. London.

Allen, J., G., Fonagy, P., Bateman A., W. [2011]: *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Oriold és Tsai. Budapest.

Balázs – Piri, T.; Fonyó, I. [1982]: Nagycsoport a terápiás és tanulmányi közösségben. in: *Nagycsoport, Terápiás Közösség*. szerk.: Lust Iván. Kelenföldi Kiképző Nagycsoport. Budapest.

Baldassaro, A. [2014]: Discomfort in the community. The place of psyche: Between *zōē* and *bios*. *EJPC* 16:1. 13 – 19.
<http://dx.doi.org/10.1080/13642537.2013.879327>.

Barone, R., Bruschetta, S. [2014]: The therapeutic community in the local community: Social networks between therapeutic community and supported housing. EJPC. 16(1): 69 – 73.
<http://dx.doi.org/10.1080/13642537.2013.879332>.

Bruschetta, S., Barone, R. [2016]: Group-apartments for recovery of people with psychosis in Italy: Democratic therapeutic communities in post-modern social communities. Therapeutic Communities. 37(4): 213-226,
<https://doi.org/10.1108/TC-03-2016-0008>.

Bateman A., Fonagy P. [2004]: Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Oxford University Press. New York, Oxford, Tokyo.

Bálint, M. [1994]: Az őstörés. A regresszió terápiás vonatkozásairól. Akadémiai. Budapest.

Beck U., Giddens A., Lash S. [1998]: Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Suhrkamp. Berlin.

Benkő, A. [2003]: Öndestrukció mint a negatív tárgyrepresentációkkal szembeni védekezés – hipochondriás és paranoid kórkép osztályos pszichoterápiájának összehasonlító elemzése. Pszichoterápia. 12 (4): 229 –

Bereczkei, T. [2014]: Szenvedélyek rabságában: A szerhasználat és a függőség evolúciós gyökerei. In: Gyuris, P., Meskó N., Tisljár, R. (szerk.): Az evolúció árnyoldala. A lelki betegségek és az alternatív szexualitás darwini elemzése. Akadémiai Kiadó. Budapest. pp. 79 – 100.

Bernard, S., H. [1985]: Follow-up interviews with psychotherapy patients. *Psychotherapy*, 22(1): 22-28.

Binswanger, L, Foucault, M. [1992]: Traum und Existenz. Einleitung von Michel Foucault. Verlag Gachnang & Springer. Bern – Berlin.

Blumenberg, H. [2006]: Hajótörés nézővel. Metaforológiai tanulmányok. Atlantisz. Budapest.

Bogár K., Perczel Forintos D. [2007]: Trauma és pszichózis. *Psychiatria Hungarica*. 22: 300 – 311.

Bolton D., Hill J. [1998]: Mind, Meaning and Mental Disorder. Oxford University Press. Oxford, New York, Tokyo.

Buda, B., szerk. [1981]: Pszichoterápia. Gondolat. Budapest.

Campling, P. [2015]: Containment: from cruelty to kindness. *Therapeutic Communities*. 36(1): 21-28. <https://doi.org/10.1108/TC-11-2014-0037>.

Cross, R. [2012]: Interpersonal childhood trauma and the use of the therapeutic community in recovery. *Therapeutic Communities*. 33(1): 39-53. <https://doi.org/10.1108/09641861211286311>.

Cushman, P. [1995]: *Constructing the Self, Constructing America: A Cultural History of Psychotherapy*. Addison-Wesley. Reading, (Mass.).

Cutting, J. [1997]: *Principles of Psychopathology. Two Worlds – Two Minds – two Hemispheres*. Oxford University Press. New York.

Davies, S., Campling, P. [2003]: Therapeutic community treatment of personality disorder: service use and mortality over 3 years' follow-up. *Br. J. Psychiatry*. 182:24-27.

Deatrich, K., G. [2016]: Effectiveness of Group Music Therapy in a Psychiatric Hospital: A Randomized Pilot Study of Treatment Outcome. *IJGP*. 66(4): 592-617. <http://dx.doi.org/10.1080/00207284.2016.1190239>.

Fakhoury, W. K. H., Kaiser, W., Röder-Wanner, U., U., Priebe, S. [2002]:

Subjective evaluation: Is there more than one criterion? Schizophr Bull.

28(2): 319-327.

Farragher B., Yanosy S. [2005]: Creating a trauma - sensitive culture in

residential treatment. Therapeutic Communities. 26: 93 – 109.

Ferenczi, S. [1919]: Hasonlatok analízise. In: Ferenczi S.: A pszichoanalízis

haladása. Budapest, Dick Manó, , XXII. 112 - 120.

Ferenczi, S., Rank, O. [1924]: Die Entwicklungsziele der Psychoanalyse.

Internationaler psychoanalytischer Verlag. Leipzig, Wien, Zürich.

Ferenczi, S. [1928]: Katasztrófák a nemi működés fejlődésében. Pantheon.

Budapest.

Ferenczi, S. [1996]: Klinikai Napló 1932. Akadémiai. Budapest.

Ferenczi S. [1971]: Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között. A gyengédség és

a szenvedély nyelve. In: A pszichoanalízis és modern irányzatai. (szerk.

Buda Béla). Gondolat. Budapest.

Fiske S. T., Taylor S.E. (eds.) [2013]: Social Cognition. SAGE. London.

Fonagy P. (ed) [2002]): An open door review of outcome studies in
psychoanalysis. International Psychoanalytical Association. London.

Fonagy, P., Target, M. [1998]: A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf
fejlődésében. Thalassa. (9) 1998, 1: 5 – 43.

Fonagy, P., Target, M. [2003] Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési
pszichopatológia tükrében. Gondolat. Budapest.

Foucault, M. [2004]: A bolondság története. Atlantisz. Budapest.

Foulkes, S., H., [1969]: The Issue. in.: Foulkes S. H., Prince G. S. eds.: Psychiatry
in a Changing Society. Tavistock. London.

Foulkes S. H., Prince G. S. (eds.) [1969]: Psychiatry in a Changing Society.
Tavistock. London.

Fukuyama, F. [2000]: A Nagy Szétbomlás: az emberi természet és a társadalmi
rend ujjaszervezése. Európa. Budapest.

Füredi, J. [1979]: Terápiás közösség kialakítása. Akadémiai kiadó. Budapest.

Füredi J., Buda B. [1990]: A pszichoterápia műhelyei. Medicina. Budapest.

Gabbard, G., O. [2005]: Psychodynamic Psychiatry in clinical practice.

American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, London.

Gaburri, L. [2014]: Ritual and spontaneity in healthcare and in the organisation of therapeutic communities. EJPC. 16(1): 53 – 60.

<http://dx.doi.org/10.1080/13642537.2013.879910>.

Gale J., Realpe A., Pedriali E. [2008]: Therapeutic Communities for Psychosis.

Philosophy, History and Clinical Practice. Routledge. London.

Gale, J. [2014]: Intersecting heterologies. EJPC 16:1. 5 – 12.

<http://dx.doi.org/10.1080/13642537.2013.879326>

Gál, B., Zalka, Zs. [1994]: A nagycsoportszöveg – a mikrokozmosz egy megértési modellje. Generalia. Szeged.

Gáti Á., Tényi T., Trixler M. [2004]: A gyermekkori pszichotraumák szerepe a

pszichózisok kialakulásában. *Psychiatria Hungarica*. 19: 497 - 506.

Gergely, Gy., Watson, J., S. [1998]: A szülői érzelmi tükrözés szociális
biofeedback modellje. *Thalassa*. 9 (1): 56 – 105.

Gneist, J. [1999]: Szerető gyűlölség. Európa. Budapest.

Hamp, G. [2006]: Kölcsönös tudás. Typotex. Budapest.

Habermas, J. [2001]: A kommunikatív etika. Új Mandátum. Budapest.

Habermas, J. [2005]: Megismerés és érdek. Jelenkor. Pécs.

Habermas, J. [2011]: A kommunikatív cselekvés elmélete. Gondolat. Budapest.

Harmatta, J. [2006]: A Pszichoterápiás Hétvégék (1974 – 1986) története és
hatása. I. – II: Pszichoterápia. 15: 6 – 18; 15:86 – 95.

Heller, Á. [1994]: Általános etika. Cserépfalvi. Budapest.

Hinshelwood, R., Pedriali, E., Brunner, L. D. [2010]: Action as a Vehicle for
Learning: The 'Learning from Doing Workshop'. *Organisational & Social*

Dynamics. 10 (1): 22-39.

Holmes J. [1997]: Attachment, autonomy, intimacy: some clinical implications of attachment theory. British Journal of Medical Psychology. 70: 231 – 248.

Horányi, Ö. (szerk.) [2007]: A kommunikáció mint participáció. AKTI – Typotex. Budapest.

Isohanni, M. [1983]: The Psychiatric Ward as a Therapeutic Community. University of Oulu. Oulu.

Jádi, F. [1998]: Rákszemek. Kijárat. Budapest.

Karterud S., Pedersen, G. [2004]: Short-term day hospital treatment for personality disorders: benefits of the therapeutic components. Therapeutic Communities. 25: 43 – 55.

Kenézliői, E., Valkó, L., Zalka, Zs. [2015]: Játsszunk szenvedéllyel. Az önfeledt gyermek és a tudatos felnőtt jelenléte játékhelyzetben. Lélekelemzés. 10 (1): 91 – 109.

Kennard, D. [2004]: The Therapeutic Community as an adaptable treatment

modality across different settings. *Psychiatric Quarterly*. 75(3) 295 – 307.

Kohut, H. [2001]: A szelf analízise. Animula. Budapest. pp. 99 – 100.

Kövecses, Z. [2005]: A metafora. Gyakorlati bevezetés a kognitív metaforaelméletbe. Typotex. Budapest.

Kövecses, Z. [2007]: MIP: A Method for Identifying Metaphorically Used Words in Discourse. Pragglejaz Group. *Metaphor and Symbol*. 22(1): 1 – 39.

Kövecses, Z. [2011]: Methodological issues in conceptual metaphor theory. In: Handl, S., Schmidt, H-J. (eds.): *Windows to the Mind. Metaphor, Metonymy and Conceptual Blending*. De Gruyter Mouton. Berlin, New York. pp. 23 – 41.

Kuritárné Szabó, I. [2008]: Borderline személyiségzavar. Medicina. Budapest.

Kuritárné Szabó, I. [2010]: Bizonyítékokon alapuló optimizmus. *Kórlefolyás* vizsgálatok és pszichoterápiás hatástanulmányok borderline betegek körében. *Pszichoterápia*. 19 (6):385-397.

Lasch, Ch., [1984]: Az önimádat társadalma. Európa. Budapest.

Lakoff, G, Johnson, M. [1999]: Philosophy in the Flesh. The embodied Mind and its Challenge to Western Thought. Basic Books. New York.

Lehmann A., F., Ward N., C., Linn L., S. [1982]: Chronic mental patients: The quality o life issue. Am J Psychiatry. 139:1271-1276.

Leichsenring, F., Rabung, S. [2008]: Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-analysis. JAMA. 300 (13): 1551-1565.

Lombardo, A. [2014]: LLE and LfA: two powerful tools for TC workers. Therapeutic Communities. 35(1): 5-9. <https://doi.org/10.1108/TC-05-2013-0008>.

Luhmann, N. [1996]: Szociális rendszerek. Gondolat. Budapest.

Lust, I. szerk. [1982]: Nagycsoport, Terápiás Közösség. Kelenföldi Kiképző Nagycsoport. Budapest.

Mándi, N. [2012]: A terápiás közösség, mint értelmező közösség: segítség, hiperreflexió, szimbolizáció. Szociális Szemle 2012/1, pp. 74 – 87.

Manning, N. [2013]: The Therapeutic Community Movement: Charisma and Routinisation. International Library of Group Psychotherapy and Group Process. Routledge. Oxford.

Maughan, D. et al.[2016]: Evaluating sustainability: a retrospective cohort analysis of the Oxfordshire therapeutic community. BMC Psychiatry 16:285. DOI 10.1186/s12888-016-0994-3.

McCabe R., Saidi M., Priebe, S. [2007]: Patient-reported outcomes in schizophrenia. Br J Psychiatry. 191 (suppl.50) 21-28.

Mikolay, S., Szeidl, T., Bársony, E., Mihóczy [2010]: Terápiás közösség kialakítására tett kísérlet a Közép – dunántúli országos Bv. intézet drogprevenciós csoportjában. Börtönügyi Szemle 2010/4

Moschonas, D., Kakouri, A., Karapostoli, N., Papadakis, T., N., Morarou, E., Tsegos, K.[2016]: The democratic therapeutic and training communities of the Open Psychotherapy Centre: A multifactorial communal approach. EJPC. 16(1): 36 – 52. <http://dx.doi.org/10.1080/13642537.2013.879330>.

Nagy, Á., Szabolcs, Zs, Valkó, L., Tarján, Á., Simon, D., Zalka, Zs. [2011]: A szubjektív életminőség változása. A Thalassa Házban kezelt páciensek

retrospektív vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*. 26 (5): 350 – 360.

Nicholson, C. [2014]: But it still goes on: Therapeutic communities today. *EJPC*. 16:1. 77 – 86. <http://dx.doi.org/10.1080/13642537.2014.891388>.

Norcross, J.C. [1990]: An eclectic definition of psychotherapy. In: J.K. Zeig & W. Munion (Eds.) *What is psychotherapy? Contemporary perspectives*. Jossey-Bass. San Francisco. CA.

Nietzsche, F. [1992]: A nem-morális természetű igazságról és hazugságról. Nagyvilág. (10-11) pp. 1243 – 1251.

Orbán, J. [2010]: A performativitás kegyetlensége. *Művészet és pszichoanalízis*. Janus Pannonius Múzeum művészeti kiadványai. 118. Pécs.

Ormay, T. [2010]: A társas személy. *Mentalport*. Budapest.

Osváth, P., Fekete, S., Tiringier, I. [2000]: Szuicidium és szöveg. Búcsúlevelek transzkulturális szempontú elemzése magyar-angol-német anyagban. In Kelemen G. (szerk.): *Teledialógus*. Pro Pannonia Kiadó. Pécs. pp. 144-55.

Pearce et al. [2017]: Democratic therapeutic community treatment for personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 210: 149–156. doi: 10.1192/bjp.bp.116.184366.

Pearce, S., Haigh, R. [2017a]: Milieu approaches and other adaptations of therapeutic community method: past and future. *Therapeutic Communities*. 38(3) 136-146. <https://doi.org/10.1108/TC-02-2017-0007>.

Pearce, S., Haigh, R. [2017b]: *The Theory and Practice of Democratic Therapeutic Community Treatment*. Jessica Kingsley. London.

Pedriali, E. [1997]: Italian therapeutic communities: from historical analysis to hypotheses for change. *Therapeutic Communities*. 18:3-13.

Pereira, J., G., de Sousa, J., R. [2014]: Casa de Alba: Therapeutic community for severe mental health problems. *EJPC*. 16(1): 61 – 68.
<http://dx.doi.org/10.1080/13642537.2013.879331>.

Pertegato, G., Pertegato, O., eds. [2013]: *From Psychoanalysis to Group Analysis: The Pioneering Work of Trigant Burrow*. Karnac Books, London.

Pike, K., L. [1967]: *Language in relation to a unified theory of structure of human*

behavior. Mouton. The Hague.

Pines, M. [1999]: Forgotten pioneers: The unwritten history of the therapeutic community movement. *Therapeutic Communities*. 21(1): 23 – 42.

Priebe S., Fakhoury W., K., H. [2008]: Quality of life. In: Mueser KT, Jeste DV (editors): *Clinical Handbook of Schizophrenia*. Guilford Press. New York. pp. 581-591.

Rácz, J. [2010]: Korreferátum „A devianciák medikalizációja-különös tekintettel a pszichiátria szerepére” című előadáshoz. In: Mészáros J és Harcsa I (szerk): *A krízis mint esély*. Andorka Konferencia. Barankovics Alapítvány – Gondolat. Budapest. pp. 53-57.

Rapoport, R., N. [1960]: *Community as doctor*. SOCIAL SCIENCE PAPERBACKS. Associated Book Publishers Ltd. London.

Rioch, M. J. [é.n.]: Wilfred Bion munkája csoportokkal. In: *Csoport – pszichoterápia*. Szöveggyűjtemény. Csoportanalitikus Kiképző Intézet és Csoport – pszichoterápiás Egyesület. Budapest.

Rosengren, K., E. [2008]: *Kommunikáció*. Typotex. Budapest.

Schauenburg, H., Hildebrand G., Koch, U., Mattke D., Neun, H., Rüddel H.

[2007]: Klinik – führer. Stationäre psychosomatisch – psychoterapeutische
Einrichtungen. Schattauer, Stuttgart.

Schneider, S., Weinberg, H. (eds.) [2003]: The Large Group Re-Visited.

Jessica Kingsley Publishers. London and New York.

Schore, A., N. [1994]: Affect Regulation and the Origin of the Self.

Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Hillsdale, N.J.

Schore, A., N. [2003]: Affect Regulation and the Repair of the Self. W. W.

Norton & Company. New York, London.

Silverstein, S., M., Bellack, A., S. [2008]: A scientific agenda for the concept of
recovery as it applies to schizophrenia. Clin Psychol Review. 28:1108-24.

Simon, W., Sliwka, P. [2012]: Effectiveness of Group Psychotherapy for Adult

Outpatients Traumatized by Abuse, Neglect, and/or Pregnancy Loss: A

Multiple-Site, Pre-Post-Follow-Up, Naturalistic Study, International

Journal of Group Psychotherapy, 62(2): 283-308.

<http://dx.doi.org/10.1521/ijgp.2012.62.2.283>.

Special Issue on Group Therapy Around the World [2015]: IJGP. 65(4): 483 – 646. <http://dx.doi.org/10.1521/ijgp.2015.65.4.653>.

Stern, D., N. [1995]: The Motherhood Constellation. BasicBooks. New York.

Stern, D., N. [2002]: A csecsemő személyközi világa a pszichoanalízis és a fejlődéslélektan tükrében. Animula. Budapest.

Stern, D., N. [2004]: The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life. W. W. Norton & Company. New York, London.

Stierlin, H. [2010]: Sinnsuche im Wandel: Herausforderungen für die Psychotherapie. Eine persönliche Bilanz. Carl-Auer-Systeme Verlag. Heidelberg.

Süle, F. [2002]: A korszerű pszichiátriai Osztály háromdimenziós munkájának szervezési kérdései III. Az osztály mint önálló pszichoterápiás kezelési forma. Pszichoterápia. 11: 34 – 42.

Szentesi, P. [1997]: A hidegkúti nagycsoport. Pszichoterápia. 6: 155 – 162.

Szentesi P. [2005]: Emlékezés egy megszüntetett pszichoterápiás osztályra.

Pszichoterápia. 14: 433 – 441.

Szőnyi, G., Füredi, J. (szerk.) [2000]: A pszichoterápia tankönyve. Medicina.

Budapest.

Terenyi, Z. [2014]: Részvétel a pszichiátriában. in: Konstruált világok. Typotex.

Budapest.

Tényi, T., Goldstein, E., Pogány, I. [1996]: A Self – koherencia hiánya és

korrekciója zenei élmények közegében. Pszichoterápia. 5(3): 183-187.

Tényi, T.[2000]: A pszichodinamikus pszichiátria a legújabb pszichoanalitikus

eredmények tükrében. Animula. Budapest.

Triest, J. [2003]: The Large Group and the Organization. In: Schneider, S.,

Weinberg, H. (eds.): The Large Group Re-Visited. Jessica Kingsley

Publishers. London and New York. pp. 170 – 173.

Unoka, Zs. [2011]: Sématerápia. Magyar Pszichológiai Szemle. 66:(1): 31-45.

Yates, R. [2017]: The rise and fall and rise again of the therapeutic community.

Therapeutic Communities. 38(2): 57-59. <https://doi.org/10.1108/TC-05-2017-0014>.

Vas J., Varga, G., Komáromi L-né, Borbély, T. [2001]: Néhány gondolat a kórházi pszichoterápiás stábok védekező és megküzdő stratégiáiról. Pszichoterápia. 10: 109 – 122.

Vas, J., P. [2011]: A neuropszichoanalízis megalapozása. Thalassa 3 (1): 23 – 38.

Vigorelli, M. [2014]: Towards an Italian model of therapeutic community. EJPC. 16(1): 27 – 35. <http://dx.doi.org/10.1080/13642537.2013.879329>.

Warner, R. [1999]: Quality of life assessment: An antropological perspective. In: Priebe S, Oliver JPJ, Kaiser W (ed.): Quality of life and mental health care. Wrightson Biomedical Publishing. Hampshire.

Warren, F., Evans, C., Dolan, B., Norton, K. [2004]: Impulsivity and self-damaging behaviour in severe personality disorder: The impact of democratic therapeutic community treatment. Therapeutic Communities: International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations. 25 (1): 55-71.

Watts, A., W. [1961]: Psychotherapy East and West. Penguin Books. Middlesex.

Winnicott, D., W. [1999]: Játzás és valóság. Animula. Budapest.

Winship, G. [2003]: The democratic origins of the term „group analysis”: Karl Mannheim’s „third way” for psychoanalysis and social science. Group Analysis. 36(1): 37 – 51.
<http://dx.doi.org/10.1177/0533316403036001200>.

Winship, G. [2013]: A genealogy of therapeutic community ideas: the influence of the Frankfurt School with a particular focus on Herbert Marcuse and Eric Fromm. Therapeutic Communities. 34(2/3): 60-70.
<https://doi.org/10.1108/TC-05-2013-0010>.

Zalka, Zs., Gál, B. [2004]: Thalassa Ház a parton. Pszichoterápia. 13 (4): 97 – 106.

Zalka, Zs. [2008]: Hogyan több a kevesebb? Érték, norma, szabály: súlyos szelfpatológiákat hordozó terápiás közösség normatív dimenzióiról. Pszichoterápia. 17 (5): 315 – 323.

Zalka, Zs. [2010]: A test képzelete, a képzelet logikája – terápiás terek

metaforikájáról. Lélekelemzés. 5 (2): 108 – 122.

Zalka, Zs. [2014]: The imagination of the body: The logic of imagination and the metaphor of therapeutic space in the therapeutic community of Thalassa House. EJPC. 16(1): 20 – 26.
<http://dx.doi.org/10.1080/13642537.2013.879328>.

Glosszárium

acting out: Az elhárító mechanizmusok (lásd lentebb) egyik formája. A kifejezés kicselekvést jelent, és azt értjük alatta, amikor valaki a benne lévő feszültséget cselekvéses (nem verbális, performatív) formában vezeti le. Hétköznapi példa erre a családi vita után az ajtó üvegtáblájába belebokszoló serdülő, vagy ha valaki egy párkapcsolati vita közben kirohan a lakásból egy hosszabb sétára. Ide tartozik pl. a test éles tárggyal való metszése is.

áttétel (indulatáttétel): A pszichodinamikus terápia egyik alapfogalma. Arra a jelenségre használjuk, amikor a páciens, a terápia során, a terapeuta iránt megélt érzésekben felfedezi azokat az érzéseket, indulatokat, félelmeket, vágyakat, amiket kisgyermekkorában a szüleivel kapcsolatban érzett. Mindezeknek a nem tudatosan jelentkező motívumoknak a tudatosítása és egyfajta fejlődéselmélet keretében való megértése a dinamikus terápia egyik fókusza.

bevonódás: Általános értelemben ez történik, amikor a paciens saját erőforrásainak mozgósítása helyett, saját reflektív, önismereti működésének támogatása helyett, egyfajta határt átlépve, olyan mozzanatokban vállal részt a terapeuta / segítő, mely mozzanatok kézbentartása éppen a paciens dolga lenne. Pl. a paciens helyett cselekszik meg dolgokat a terapeuta, vagy „együtt sírnak, együtt nevetnek” állapotban a szimpátia / antipátia formálja a kapcsolatot.

bipoláris: kétpólusú. A pszichiátriai diagnosztikában a hangulati élet két szélsőséges állapotának a lehangoltsággal járó depressziónak és a felpörgött mániának váltakozó jelenlétére utaló kifejezés.

borderline: általában traumatikus eredetű személyiségzavar, jellemzően szélsőségesebb, nehezen kezelhető érzelmi viharokkal, kaotikus, újratraumatizáló kapcsolati élettel, gyakran intenzív sóvárgással, a saját személyiségről alkotott kép igen fragmentált minőségével jár.

disszociáció: Az elhárító mechanizmusok (lásd alább) egyik formája. Arra utal, amikor valamilyen érzelmileg megterhelő történet a személy csak úgy képes elviselni, ha önmagáról alkotott képének, emlékeinek, önmaga érzékelésének folyamatossága megszakad, ami esetenként az emlékek megváltozását is magával hozza.

elhárító mechanizmusok: Eredetileg S. Freud elmélete szerint az elhárító mechanizmusok a (személyiségstruktúra szerinti) Én (Ego) azon működései, melyek az Én egységességét igyekeznek megőrizni az ösztönben (Id) és a felettes-énben (Super Ego) keletkező vágyaktól, fenyegetésektől és egyéb feszültségektől. Tulajdonképpen egy érzelmi egyensúlyi állapot létrehozására való törekvés eszközeinek tekinthetjük őket. Részletes leírásuk Anna Freud (és később

Otto Kernberg) nevéhez fűződik. Az elhárító mechanizmusok a személyiség fejlődése során egyre érettebb formákkal bővülnek, s normál fejlődés esetén ezen érettebb formák működése válik túlnyomóvá. A személyre jellemző elhárító mechanizmusok jól mutatják személyiség szerkezetének érettségét, és az esetleges korai sérüléseket.

„forró kogníció”: Kognitív megközelítés szerint az emberi viselkedések nagy része önmagát generálja, az ember nem pusztán reagál, de rendelkezik egy időben folytonos mentális reprezentációs, interakciós mintázattal, rendszerrel (célok, tervek, önreguláció, gondolkodás stb...). Ezeknek a mintázatoknak jó része nem tudatos, nem reflektált, szavakkal nem „elérhető” az egyén számára, főként a traumatizáló korai kapcsolatokról eredő önszabályozási mintázatok. Pl. egy kapcsolati helyzetben mutatott nyers, hevesebb érzelmi – indulati reakció, amikor ismétlődően úgy reagálunk, hogy magunk sem értjük annak okát.

hasítás: Az elhárító mechanizmusok (ld fentebb) egyik formája, mely az ellentmondásos érzelmeket, tapasztalatokat elválasztja és külön tartja egymástól. Mindez azt eredményezi, hogy az ember ellentmondásosan viszonyul adott helyzethez, melyet azonban többnyire nem vesz észre. Ilyen például az az ember, aki egyfelől elmeséli, hogy barátja milyen csúnyán elbánt vele, és milyen alattomos módon élt vissza bizalmával, majd rövidesen arról beszél, hogy milyen jól megértik egymást és mennyire szereti vele tölteni az időt.

holding: D. O. Winnicott nevéhez fűződő fogalom, mely egy anyai funkciót jelöl. Az anya érzelmi kiegyensúlyozottságával, jelenlétével, gyermeke szükségleteinek felismerésével és kielégítésével megóvjá gyermekét a külvilág ingereinek elviselhetetlenül nyomasztó elárasztásától. A holdingnak része az is, hogy annyi ingert enged a gyermek közelébe, amennyivel az biztonsággal megbirkózik.

intoxikáció: mérgezés, melyet valamilyen szer (drog, gyógyszer, alkohol) az egyéni tűrőképességet meghaladó mértékű szervezetbe jutása okozza, és időlegesen változást okoz a közérzetben, az éberségi szintben vagy a viselkedésben.

magábavetítés: Valamilyen rajtunk kívül álló számunkra fontos tulajdonságot, vagy személyt saját személyiségünk részévé tesszük, s mint hozzánk tartozót éljük meg. Ilyen például a gyermek, aki fejlődése során több tulajdonságában szüleivel hasonlónak válik. Olykor ez olyan tulajdonságra is vonatkozik, melyeket a valóságban veszélyesnek élünk meg anélkül, hogy hatással lehetnének rá. Ezek magábavetítésével az az illúzió keltődik, hogy mégis kontrolláljuk őket.

nozológia: a betegségek osztályozásával foglalkozó tudományág, mely az osztályozást a tünetek leírásával és rendszerezésével adja meg az oki hátteret figyelmen kívül hagyva.

pervazív: a személyiség egészét érintő. A leggyakrabban a pervazív fejlődési zavar kontextusban használják, mely a szociális és kommunikációs készségek, valamint a kognitív készségek megkésett fejlődésére és az ebben mutatkozó deficitekre utal. Ide sorolják például az autizmus spektrum zavart, de az értelmi sérüléseket nem.

projekció: Az elhárító mechanizmusok (lásd fentebb) egyik formája. A személy a saját magában elfogadhatatlan tartalmakat, késztetéseket másnak tulajdonítja. Példa erre az a munkavállaló, aki bár nagyon haragszik főnökére (nem tudatos motívumok mentén, például, hogy nagyon emlékezteti az apjára), azt nem fejezheti ki, ehelyett azt éli meg, hogy a főnöke mindig csak kritizálja, direkt beleköt a munkájába.

projektív identifikáció: Az elhárító mechanizmusok egyik formája, melynek során az egyik ember valamilyen érzelmét vagy viszonyulását a másik emberre vetíti (lásd projekció), aki aztán avval azonosulva, annak megfelelően érez és cselekszik, lévén az saját fontos motívuma is.

pszichotikus működés: köznapian a kaotikus, racionálisan értelmezhetetlen viselkedést, gondolkodást, érzelmi állapotokat hívhatjuk így, „őrület”. Pszichológiailag jellemző erre az állapotra az erősen énközpontú, a világ dolgait az énre vonatkoztató, a világ összefüggéseit az én egyfajta privát rendszerében értelmező működésmód, belső nyomasztó lelki tartalmak külvilágba vetítése, nem valós mozzanatok érzékelése.

szelférvet: Daniel Stern nevéhez fűződő fogalom. Azon módokat értjük alatta, melyek segítségével önmagunkról tapasztalatokat szerzünk, amin keresztül megéltük magunkat és kapcsolódásainkat a személyközi térben, s melyek segítségével megosztjuk azokat.

szkizofrénia: egy pszichiátriai betegség, melynek fő jellemzői, hogy a személy valóságérzékelése megszűnik, gyakran hallucinációk kísérik, vagy összetett világmagyarázó elméletek kísérik, a gondolkodás asszociációs fonala fellazul, a nyelv elveszíti szimbolikus voltát, a gondolkodás konkrétá válik.

szomatikus: testi. A pszichiátriai diagnosztikában arra vonatkozó kifejezés, amikor a lelki nehézségek fennállása valamilyen szervi elváltozást megbetegedést eredményez.

szomatiform: Olyan testi tünetekre vonatkozó pszichiátriai diagnosztikai kifejezés, melyek mögött szervi elváltozást nem találtak és különböző lelki okokkal hozzák összefüggésbe őket. Ilyen például a stressz okozta krónikus fejfájás.

szuicidális krízis: Olyan válsághelyzetet jelent az egyén életében, melyben azt éli meg, hogy az általa megélt nehézség megoldására nincs semmilyen eszköze, nincs

lehetősége segítséget kérni, s egyetlen megoldásnak az öngyilkosságot találja. Jellemző erre az állapotra, hogy minden gondolata, cselekedete a probléma és annak megoldhatatlansága körül forog, az ezzel kapcsolatos érzelmeken nem tud úrrá lenni és nem keresi mások társaságát.

dr. Zalka Zsolt publikációi

(2017 március)

Könyvfejezetek, önálló kiadványok:

Gál, B., **Zalka, Zs.** [1994]: A nagycsoportszöveg - a mikrokozmosz egy megértési modellje. Generalia. Szeged.

Zalka, Zs. [1996]: A nagycsoport üzenet - e (?). in: Trixler Mátyás (szerk.): A schizophrénia pszichoterápiája. POTE Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinika. Pécs.

Zalka, Zs. [1999]: Első találkozás pszichotikus paciensekkel. in: Kállai J., Gál, B. (szerk.): Az első találkozás jelenségvilága a segítő kapcsolatban. Janus/Osiris. Budapest.

Bódog, Gy., Blága, G., Szentesi, P., **Zalka, Zs.** [2000]: Pszichotikusok terápiája. in: Szőnyi, G., Füredi, J. (szerk.): in: A pszichoterápia tankönyve. Medicina. Budapest.

Zalka, Zs. [2006]: Egy terápiás közösség lehetőségei a pszichotikus és borderline zavarok kezelésében. in: Trixler, M., Tényi, T. (szerk.): A szkizofrénia

pszichoterápiája. Medicina. Budapest.

Folyóiratok:

Zalka, Zs., Gál, B. [1994]: A hatalom mintái a nagycsoport szövegében. Egy kultúr – szemiotikai bepillantás. Pszichoterápia. 3 (5): 101-106.

Zalka, Zs. [1994]: A lélekjelenlét képessége a pszichózis pszichoterápiában. Megjegyzések a képezhetőséghez. Psychiatria Hungarica. 9 (4): 395-397.

Zalka, Zs., Gál, B. [2004]: Thalassa Ház a parton. Pszichoterápia. 13 (4): 97 -106.

Zalka, Zs. [2008]: Hogyan több a kevesebb? Érték, norma, szabály: súlyos szelfpatológiákat hordozó terápiás közösség normatív dimenzióiról. Pszichoterápia. 17 (5): 315 – 323.

Zalka, Zs. [2010]: A test képzelete, a képzelet logikája – terápiás terek metaforikájáról. Lélekelemzés. 5 (2): 108 – 122.

Nagy, Á., Szabolcs, Zs., Valkó, L., Tarján, Á., Simon, D., **Zalka, Zs.** [2011]: A szubjektív életminőség változása. A Thalassa Házban kezelt páciensek

retrospektív vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 26 (5). 350 – 360.

Zalka, Zs. [2014]: The imagination of the body: the logic of imagination and the metaphor of therapeutic space in the therapeutic community of Thalassa House. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*. DOI: 10.1080/13642537.2013.87938.

Kenézlői, E., Valkó, L., **Zalka, Zs.** [2015]: Játsszunk szenvedéllyel. Az önfeledt gyermek és a tudatos felnőtt jelenléte játékhelyzetben. *Lélekelemzés*. 10 (1): 91 – 109.

Maraz, A., Andó, B., Rigó, P., Harmatta, J., Takách, G., **Zalka, Z.**, Boncz, I., Lackó, Z., Urbán, R., van den Brink, W., Demetrovics, Z. [2016]: The two-faceted nature of impulsivity in patients with borderline personality disorder and substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*. 163:48-54. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2016.03.015 .

Zalka, Zs. [2016]: Social plastic at work: social structure for therapeutical dialogues in the TC of Thalassa House. *Therapeutic Communities*. *International Journal of Therapeutic Communities*. 37 (1). DOI: 10.1108/TC-05-2015-0015.

Zalka, Zs. [in press]: Minek néz, kinek lát? A pszichoterápiás diskurzus főbb pozíciói egy terápiás közösség nagycsoportjaiban. Pszichoterápia.

Fordítások:

Részlet Ferenczi Sándor Klinikai Naplójából. [1992] Műhely. 2: 16-19.

Ludwig Binswanger: Álom és egzisztencia. [1996] Enigma. 2: 45-52.