

CSALÁDTERÁPIÁS OLVASÓKÖNYV



Családterápiás sorozat 1.

Családterápiás olvasókönyv

Családterápiás sorozat I. kötet



© Animula, 2001

Szerkesztették: Dr. Biró Sándor
Dr. Komlósi Piroska

A fordításokat készítették:

Dr. Barát Katalin
Bertalan Katalin
Dr. Biró Sándor
Császár Ildikó
Dr. Komlósi Piroska

A fordítások a Journal of Family Process és a Journal of Marital & Family Therapy kiadóhivatalainak engedélyével készültek.

ISBN 963 01 9719 7

ANIMULA KIADÓ

♣ 1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116. (OPNI) ♣

Levélcím: 1281 Pf. 12. ♣ Telefon/fax: 391-5443

♣ e-mail: biros@elender.hu ♣ Honlap: www.animula.hu ♣

Szerkesztőség: 1026 Budapest, Bimbó út 184. ♣ Telefon/fax: 200-0716

♣ A kiadásért felel Biró Sándor dr. ♣

Tartalom

Ú ...

Bevezető 5

R. Dallos, H. Procter:

A családi folyamatok interakcionális szemlélete 7

Az interakcionalitás elemi ismeretei 9

A rendszerfogalom • Homeosztázis és szabályok

A diádikus viszony 19

Szimmetrikus és komplementer viszonyok • Hierarchia • A pszichológiai távolság • Pszichológiai határok • A diádok elemzésének korlátai

A triádok 23

A szövetség és koalíció fogalma • A triád hierarchiája • Határok és alrendszerek

Családi életciklusok 27

Az életciklus változásai • Ceremóniák és rituálék

A konstrukciós elmélet és a változás 31

A családi konstrukciók rendszere • Reflexivitás • A változás létrejötte a családokban • Összegzés

Interaktív családterápia 38

„Probléma vagy nehézség” • Az első lépés: a vizsgálat • A terápiás folyamat: tudományos hipotézisalkotás • Átfogalmazás és pozitív konnotáció • A „belátás” kérdése • Újra-
strukturálás • A paradox intervenció • Közvetlen (élő) szupervízió • Privát vagy nyilvános-e a családterápia • Egy esettanulmány

Záró megjegyzések 50

M. Selvini-Palazzoli, L. Boscolo, G. Cecchin és G. Prata:

Hipotézis-készítés, cirkularitás és neutralitás: a családterápiás ülés vezetésének három vezérelve 53

Hipotézis-készítés • Általános definíció • Funkcionális értéke a családi interjúban • Hipotézis, információ és negatív entrópia • A hipotézis rendszerezettsége • Rendszerszemlélet/cirkularitás • Az információgyűjtés egyéb módjai • A megfigyelési terület fokozatos növelése • Neutralitás

G. Cecchin:

A milánói alapelvek – újra átgondolva

67

A neutralitás elve • Az esztétikai elv • Felelősség és szociális kontroll • A neutralitás hiányának tünetei • Hipotézis-készítés • Rendszerszemlélet (cirkularitás)

K. Tomm:

Az interventív (beavatkozó) interjúzás

I. Stratégia-készítés: a terapeuta 4. vezérével

75

Bevezetés • Egy negyedik vezérével szükségessége • A három milánói alapelv részleges átfogalmazása • A hozzáállások stratégiás használata

II. Reflexív kérdezés az interventív interjúban

86

Bevezetés • Egy elméleti megfontolás • Reflexív kérdéstípusok • Záró megjegyzések

III. Mikor tegyünk fel oknyomozó, cirkuláris, stratégiás vagy reflexív kérdéseket? (Kérdezési típusok az interjúban)

101

A kezelő szándékai és előfeltevései • A kérdések négy főbb típusa • A különféle kérdések hatásai • Összegzés

P. Penn:

Az "előreecsatolás" technikája:

jövőre irányuló kérdések, jövő-tervezés

118

A pozitív átfogalmazás • Alternatívák • A családi szisztéma változásának menete • A premissza fogalma • Fejlődéssel kapcsolatos premisszák • Három példa a fejlődési premisszára alapozott intervencióra • Jövőtervezés a családban, ha az egyik családtag krónikus beteg

H. Jenkins:

Változást okozó krízisek – egy közös vonás

a családterápiákban

133

Bevezetés • Patterns Which Connect • A változás folyamatának lépései • A terápia folyamatának mozzanatai • Hogyan provokálnak krízist a különböző családterápiás iskolákban • Megbeszélés

M. Selvini-Palazzoli, L. Boscolo, G. Cecchin és G. Prata:

A családterápiát ajánló személy problémája

142

Melyik küldő a leggyanúsabb? • Mikor gyanakodhatunk a család viselkedése alapján? • Mit tehetünk? • Következtetések

Családterápiás kifejezések fordítása

151

Tisztelt Olvasó!

Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet Pszichoterápiás Ambulanciáján működő családterápiás szeminárium tagjai körében vetődött fel – s vajon hány munkacsoportban és szűk körnek fordító kollégában már korábban is –, hogy a referált anyagokat szélesebb körben is hozzáférhetővé kellene tenni. A szerkesztésre vállalkozók elsődleges szempontja mégsem csak az volt, hogy sajnálták a referátumok elkészítésére fordított energiát kárba veszni. Még csak az a nagyon is gyakorlati célú remény sem, hogy a szélesebb körű publikálással való "fenyegetés" talán visszahat az anyagok összeállításának színvonalára, és tán a lelkesedést sem apasztja le olyan gyorsan a fordítás rabszolgamunkája.

Az "elkövetők" talán leginkább arra a Buda Bélától olvasott (vagy hallott?) megjegyzésre hivatkozhatnak mentségül, mely szerint egy új szemléletmód, tudomány csak akkor válik a gyakorlat és a gondolkodás integráns részévé, ha bőséges szakirodalom férhető hozzá művelői anyanyelvén – ha nem kényszerülünk idegen terminusok használatára, és sok-sok próbálkozás után csiszolt magyarsággal is tudunk fogalmazni "családterápiásan".

Ez a magyarázat arra, hogy a kötet végén összeállítottunk egy kis szöszedetet. Az itt közöltek csak szerény javaslatnak tekintjük – és kérjük, más is csak annak tekintse. Nem törekedtünk Kazinczy babérjaira, és örömmel fogadjunk minden kritikát, javaslatot, minél találóbb és használhatóbb magyar kifejezések felvetésével.

Negyedik szempontunkat valószínűleg ez az egy válogatás messze nem teljesíti. Szerettünk volna olyan irodalmi vezérfonalat adni, melynek mentén minden pszichiáter eljuthat a családterápiás elvek és gyakorlat megértéséig. Sajnálatosan a téma, és maga a terápiás gyakorlat is annyira összetett, hogy ehhez vagy nagyon nagy fordítási anyagból kellett volna válogatni, vagy a fordítások összevétele igényelt volna túl sok időt. Ezért végül egy családterápiás olvasókönyv-sorozat összeállítása mellett voksoltunk, ennek első kötetét tartja kezében az olvasó. Remélhetőleg, hamarosan követi ezt az első a többi is, s talán nem marad hatástalan a családterápiás gyakorlat (és oktatás) színvonalára sem.

Rendkívüli hálával tartozunk Hugh Jenkinsnek, a londoni Institute of Family Therapy igazgatójának, aki fáradtságot nem ismerve vezette a Pszichoterápiás Ambulancián működő kiképző szemináriumot, és aki a kötetben szereplő korszerű szemléletű anyagok többségére felhívta figyelmünket. Külön megköszönjük a fordítók munkáját, különös tekintettel arra, hogy vállalkozásunk nem profit orientált: egyedüli célja egy különlegesen hatékony pszichoterápiás megközelítés elveinek és gyakorlatának elterjesztése, s áttételén a jelen s jövőendő klienseink haszna.

Budapest, 1990. március

A szerkesztők

A családi folyamatok interakcionális szemlélete

R. Dallos, H. Procter

Ebben a fejezetben a családi folyamatokat olyan megközelítésből tanulmányozzuk, amely a pszichológia és a szociológia hagyományos tanításain kívül fejlődött ki: ez pedig az *interakcionális szemlélet*. Miben tér el ez a többi, hagyományos magyarázattól? Elsősorban abban, hogy a családon belüli kapcsolatokat és folyamatokat entitásként, egységes egészként kezeli, és ez válik a központi kérdéssé, nem pedig az egyének viselkedése.

A könyv előző részében az emberek szociális kapcsolatait rendező szélesebb kulturális rendszert tekintettük át. Most azt fogjuk látni, hogy az emberek *interdependens* (egymással összefüggő) módokon viselkednek. A család tagjai folyamatosan hatnak és visszahatnak egymásra. Ez számos, filozófiailag fontos kérdést vet fel az egyén szabadságáról, autonómiájáról, melyekre a későbbiekben még visszatérünk. Az elkövetkezők talán azt is láttatni engedik, hogy az interakcionális megközelítés nemcsak a terápiás gyakorlatban, hanem egy újfajta gondolkodás tekintetében is nagy jelentőségűnek ígérkezik.

Elméleti megközelítésünkben fontos szerepet kapnak az *analízis szintjei*. Az előzőekben *individuális és szociális elemző és magyarázó szinteket* különítettünk el. Annak az elvnek azonban, hogy a jelenségek különböző "szinteken" tárhatók fel és magyarázhatók (pl. lehet egy fajt ökológiailag, de egyedeit anatómiailag, sőt az egyed sejtjeit biokémiaiilag, vagy még részletesebben, a részecskefizika elvei alapján vizsgálni), további jelentősége is van annál, mint csupán az, hogy az analízis különböző szintjeinek összekeverése súlyos félreértésekhez vezethet.

A szociális folyamatok tanulmányozásánál is különbséget kell tennünk az adott jelenségszintek (mint a kulturális közeg, a társadalom, nagy formális szervezetek, majd családi, munkahelyi, baráti kiscsoportok és végül az egyének) között. A jelen fejezetben a családdal foglalkozunk, mint egységgel. A hangsúly nem a családon belüli egyéneken lesz, hanem azon, amit ők *együttessen, interakcióik révén* "kitermelnek". Ezt nevezhetnénk az elemzés interakcionális szintjének. Azt fogjuk vizsgálni, hogyan hatnak egymásra és együtt, különféle családi mintákat alkotva. Szemben az előbbi fejezettel, ahol a családi organizáció különböző formáiról és társadalmi "funkcióiról" volt szó, itt most arra összpontosítunk, *mi történik aktuálisan* a családokban.

Ezentúl, a szociálpszichológia tudományában alapvetően fontos terminusokhoz is közelebb visz ez a fejezet. Ilyen pl. a "viselkedés", amelynek köznapi értelme mellett specifikus jelentései is vannak. Másik fontos fogalom a dinamikus folyamatok koncepciója (a mechanikus versus biológiai rendszerek modelljei).

Harmadsorban, a családi folyamatok tanulmányozása arra kényszeríti az olvasót, hogy a szociálpszichológia főbb konceptuális és metodikai problémáiba jobban belegondoljon. Látni fogja, hogy a családon belüli történeteket sem a vizsgálók, de maguk a résztvevők sem tudják könnyedén megfigyelni. Ha megkérdezzük tőlük, gyakran a családtagok sem tudják megmagyarázni, ami éppen lezajlott. Hogyan tudhatja akkor ezt megmagyarázni, megérteni a szociálpszichológus? Másik nehézség a "valóságos" csoporttal való kapcsolatba kerülés. "Valóson" olyan csoportot értünk, amelyik dinamikai entitásként létezik, egy adott időszakaszban, s amelyben a tagok az interaktív viselkedés érzelmi bevonódásait és viselkedési mintáit produkálják. Ilyen alkalom a családterápia, s ez a magyarázata, hogy az interakcionális szemlélet inkább a klinikumban, s nem pszichológiai laboratóriumokban fejlődött ki. A családterapeutának nemcsak megfigyelni, hanem beavatkozni, kapcsolatba lépni is van lehetősége, tehát *helyzete nem a megfigyelőével azonos, hanem inkább olyan személy, akit "megbízta" a kísérletezéssel*. Kísérleti próbálkozás és kutatás – ezek a terápiás folyamat integráns részévé válnak. Ennélfogva tehát fejezetünk családterápiás eszmefuttatásai nemcsak gyakorlati, hanem metodikai jelentőségűek is.

Végezetül, ezt a fejezetet az olvasó saját gyakorlati munkája bevezető kalauzaként is használhatja. Az *ebben foglalt ismeretek nélkül nem lehet*

elkezdeni ezt a munkát. Ugyanakkor, az itt foglaltak nagyon ismerősek lehetnek előtte a napi gyakorlatból, mégis új "szemüveget" keresztül fogjuk azokat látni: beszélünk majd hierarchiáról, generációs határokról, nukleáris és tágabbkörű családról, szövetségekről, koalíciókról és így tovább.

Ezen fejezettel párhuzamosan különösen két olvasnivalót ajánlunk. Az egyik *J. Haley*: A patológiás rendszerek elmélete, a másik pedig (ebben a kötetben) *Selvini-Palazzoli* és munkatársai cikke az ülésvezetés három alapelvéről.

Az elérendő cél, hogy a fejezet áttanulmányozása után az olvasó képes legyen:

- 1) érteni a viselkedés interakcionális megközelítésének jelentőségét;
- 2) használni a "rendszer" fogalmát annak érdekében, hogy megértse a családban előforduló folyamatokat;
- 3) tudja kezelni azokat a problémákat, amelyek előadódnak, ha megkülönböztetjük a viselkedést a cselekvéstől, vagy a tudatost a tudattalantól; ugyanígy az elemzés intrapszichés szintjét az interszónálistól, a megfigyelő-pozíciót a családdal együtt dolgozó "bennfentestől";
- 4) megérteni, mit jelent terapeutának lenni és értelmezni egy olyan pszichés folyamatban, amelynek ő maga is integráns része;
- 5) használni ezt a megközelítést interakcionális minták vizsgálatára egy pár vagy három és több személyből álló rendszer esetében;
- 6) leírni a családot annak természetes életciklusai szerint;
- 7) megérteni a pszichológiai tüneteket, mint interakcionális jelenségeket, és azt, hogyan okoznak azok gyakran nehézségeket a családi életciklusok váltásánál;
- 8) ismerje az interaktív családterápiában használt fontosabb terápiás beavatkozásokat;
- 9) ezeket a terápiás intervenciókat a szociálpszichológia módszertani és etikai problémáival összemérni.

1. Az interakcionalitás elemi ismeretei

A családterapeuta és pszichiáter *Don Jackson* mondta 1965-ben:

"...jelenlegi tudásunk teljesen elégtelen, amikor magáról a kapcsolatról van szó. Hagyományos elveink szerint az egyén határai véget érnek a bőrnél, s mindaz, ami két egyén között átsugárzik – és nem

egyértelműen *én* vagy *te* – olyan misztérium, amelyet megnevezni vagy érteni nem vagyunk képesek... Először szavaink kell legyenek a jelenségre, amelyekkel képesek, sőt, kénytelenek leszünk *interakcionálisan gondolkodni*. A kapcsolat tanulmányozása érdekében fel kell adjuk azokat a kifejezéseket, amelyek az egyén pszichológiájából születtek... A családi interakciók megfigyelése nyilvánvalóvá teszi, hogy a család, mint szupraindividuális egység működését bizonyos ismétlődések, tipikus és visszatérő minták jellemzik.” (id. Watzlawick és Weakland 1977).

Az interaktív nézőpontban az az izgalmas és kihívó, hogy megtanítt minket környező világunk új szemléletére. Szemben sok más iskolával, amely több száz vagy több ezer éve élt gondolkodók írásaiban gyökerezik (mint pl. a kognitív pszichológia *Kant*, *Platón* vagy *Arisztotelész* műveiben), itt valami olyan radikálisan új dologról van szó, amely csak a II. világháború nyomán vált világossá. *Bateson*, *Wiener* és *Neumann* voltak azok, akik az új tudományt, a kibernetikát elkezdték az emberi kapcsolatokra alkalmazni. Mielőtt belekezdenénk az alapelvek taglalásába, vegyük szemügyre az interakcionális szemlélet legfontosabb elméletalkotóit.

Bár gyakran nehéz megmondani, kinek köszönhető igazán egy új tudomány fejlődése, valamennyiük közül kitűnik *Gregory Bateson* (1904–80) alakja, aki talán a legeredetibb és a legnagyobb hatású volt ezen a területen.

Bateson apja, *William*, kitűnő genetikus volt, így ő is a természet-tudomány atmoszférájában nőtt fel, fossziliákat és rovarokat gyűjtött. A család gyakran találkozott *Darwin* családjával. Később érdeklődése az antropológia felé fordult, a 30-as években kutatóutakat tett Új-Guineába és Balira, feleségével, az amerikai antropológus *Margaret Mead*-del. Munkásságában azonban mindig visszatért az evolúció, a tanulás, a genetika, majd az ökológia nagy elméleti kérdéseire. Az 50-es években a kommunikációval és az interakcióval foglalkozó kutatási programot irányított. Munkatársaival – *Don Jackson*, *Jay Haley* és *John Weakland* – együtt számos fontos megállapítást tettek. Különböző vizsgálati terek (mint pl. a játék, a humor, a fantázia stb.) után fordultak a skizofrén páciensek családjában előforduló interakciók megfigyelése felé.

Bateson és *Mead* már az etnográfiai munkájuk során konzultáltak *Milton H. Erikson*nal, a Bali-szigeti táncosok transz-állapotával kapcsos-

latban. Erikson munkássága nagy hatással volt az interakcionistaakra. Ő volt az, aki meggyőzően bizonyította, hogy a korábban csupán az individuum pszichikumának tulajdonított állapotok (hipnotikusan indukált hallucinációk, bénulások és amnézia) olyan interakcionális folyamatoktól függenek, amelyek nem különböznek más, gyakran előforduló interperszonális folyamatoktól. Később *Haley* és *Weakland* érdeklődése is *Erikson* munkássága, a hipnotikus folyamatok részletes tanulmányozása felé fordult.

A Bateson vezette kommunikációs kutatás után főként *Haley* hatott a családterápia fejlődésére. Az itt dolgozó pszichiáterek, mint *D. Jackson*, *S. Minuchin* és *M. Selvini-Palazzoli* szintén tettek fontos megállapításokat. Mindegyikük neve egy-egy családterápiás iskolát fémjelez. *Jackson* – *Weakland*del, majd később *Paul Watzlawick*kal együtt – alapította meg a Mental Research Institute-ot (Palo Alto, California). *Minuchin* Philadelphiában, az olaszok Milánóban dolgoznak. Valamennyien nagy újítók, s talán nem könnyű megérteni, hogy miközben valamennyien ugyanazt az általános megközelítést alkalmazzák, gondolkodásuk egyéni, független utakon jár.

1.1 A rendszerfogalom a családi folyamatok megfigyelésében

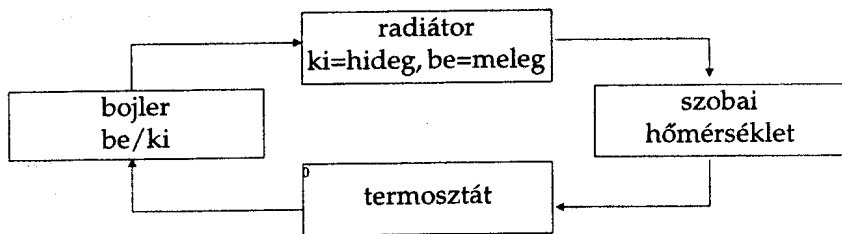
Mint gyakorló pszichiáter, *D. Jackson* egy érdekes jelenségre figyelt fel. Amikor valamelyik páciense, így vagy úgy, elkezdett javulni, gyakran a beteg környezetéből valaki másnál, rendszerint egy családtagnál bajok kezdődtek. Így pl. egy férj, ahelyett, hogy megkönnyebbült vagy örült volna a beteg javulásának, depressziós vagy ingerült lett, s ez persze visszahatott a páciensre is, aki válaszképpen rosszabbodott.

A változással kapcsolatos ellenállás vagy inercia nem új dolog a pszichiátriában. Az azonban, hogy az "ellenállásnak" nem az egyén pszichikumához, hanem családi folyamatokhoz van köze, radikális újítás volt. *Jackson* később leírta, hogy egy sor új elvre volt szükség a személyek közötti viselkedési minták megértéséhez. 1957-ben vetette fel a családi homeosztázisról szóló cikkében (*Jackson* 1957), hogy legfontosabb karakterisztikumaikban a családok hasonlatosak a kibernetikai rendszerekhez. Természetesen nem azt írta, hogy az csupán egy kibernetikai rendszer, hanem azt, hogy a *rendszer szemléletű modell* hasznos lehetőség annak megértésére, ami a családban történik.

1) A rendszerszemléletű modell alapelvei

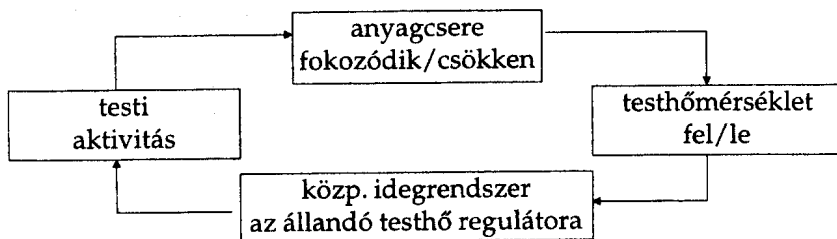
Ahhoz, hogy valami *rendszerként* működjön, legfontosabb sajátosság az alkotó részeknek egy olyan kapcsolata, hogy az egyikben létrejövő változás valahogyan hasson a többi alkotórészre, ezek visszahatása pedig az előbbire. A rendszer a *dinamikus egyensúly* állapotában van: minden eltérés az egyensúlytól folyamatosan korrigálódik. Az egész folyamat neve: *homeosztázis*.

A rendszer fogalmához hozzátartozik az is, hogy van valamilyen *határa*, amely elválasztja a "belső" a "külsőtől". Olykor ez a határ merőben elvi, mert a legtöbb – biológiai vagy szociális – rendszer ugyanakkor része egy nagyobb másiknak is, és a meghúzendó határ a vizsgáló igényeitől függ. A rendszerelvű gondolkodást jól be lehet mutatni egy mechanikai példán, ilyen pl. egy termosztáttal vezérelt központi fűtés. A határok világosak, éppúgy az is, hogy a rendszer egy előre beállított egyensúly megtartására önmagát vezérli. Lehetséges az is, hogy *alrendszerekre* van osztva (pl. szobák).



Kontrasztként bemutatjuk az egyszerű kályhafűtést: ezt nem lehet rendszernek tekinteni, mert mindig szüksége van egy külső személyre, aki folyamatosan monitorozza az aktuális állapotot és beavatkozik: tüzelés a kályhában → szobahőmérséklet

A rendszerszemléletben sarkalatos kérdés a *feedback* (visszacsatolás) fogalma. Megfelelően működő rendszerekben *hiba által vezérelt feedback* (ún. *negatív visszacsatolás*) van – ilyen pl. a testhőmérséklet tartása.



A rendszerekben létrejöhet *hibát felerősítő feedback-mechanizmus* is (ez a pozitív visszacsatolás a technikában): ekkor az eltérés olyan szabályozást kapcsol be, amelyik révén az eltérés tovább fokozódik. Bármilyen rendszerről van szó, ez káros következményekkel járó *eszkáláció*hoz vezet.

További jellemzője a rendszernek, hogy az optimumon működve az rendszerint elég szilárd vagy állandó. Az optimum fenntartása a folyamatos változás révén a rendszer normál működésének a része: ezt nevezzük *első-rendű változásnak*. Ha azonban a rendszer természete, jellege változik, pl. egy másik egyensúlyon kezd működni, akkor a korlátok között tartó változás is másfajta: ez a *másod-rendű változás*. Pl. betegség alatt gyakran van szükség magasabb testhőmérsékletre, ez meg is valósul, de a rendszer ezzel nem borul fel, ezen a szinten is képes egyensúlyban maradni (tehát a testhő azonos szinten tartása elsőrendű folyamat, a betegség alatti láz szabályozása pedig másod-rendű folyamat).

Mint már jeleztük a fejezet elején, az interakcionális szemlélet újfajta gondolkodást tételez fel. Így pl. az okról és az okozatról is másképp kell vélekednünk. Ha visszagondolunk a kályhafűtéses példára, azt látjuk, hogy ott egyszerű, közvetlen ok-okozati összefüggésről van szó. Ez a *lineáris okság*. Ezzel szemben a rendszerekben az ok és az okozat inkább kört alkot: ezt nevezzük *cirkuláris (körkörös, rendszerszemléletű) okságnak* – valójában inkább spirálisnak kellene nevezni, ha az időtengelyt is figyelembe vennénk. Éppen ezért a rendszerszemléletű gondolkodás inkább a teljes folyamatra összpontosít és nem osztja fel azt okra és okozatra.

Másokkal kapcsolatos interakcióink megértésén erőlködve, gyakran kaphatjuk magunkat azon, hogy ok-okozatban, lineárisan gondolkozunk. Ez főleg kulturálisan determinált sajátosságunk, rögzödött és egyáltalán nem könnyű még egy terapeutának sem. Az okságnak ezen szisztémás szempontjait, ezek óriási jelentőségét a pszichológiában tárgyalja Haley már említett cikke. (Javasoljuk az olvasónak, hogy mielőtt tovább megy, olvassa el ott az első néhány oldalt.)

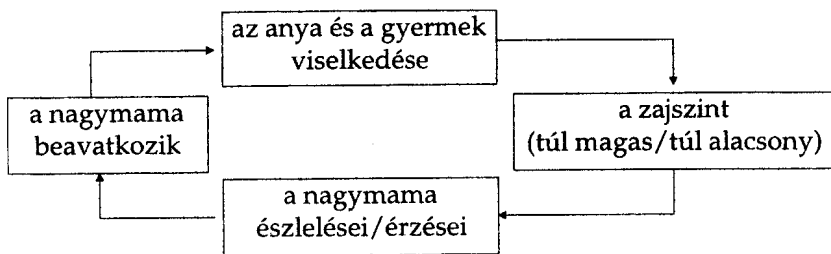
Bár fel kell készülnünk arra, hogy a rendszermodell alkalmazása a családokra nem sikerül olyan könnyedén, fogódzkodóul van még egy jól alkalmazható elv a családi folyamatok megértésének elősegítésére. Ez pedig az, hogy az elsőrendű változás mindig a családon belül fordul

elő, a másodrendű pedig az életciklus váltásoknál. A család könnyen bajba kerül, ha elmulasztja ennek a másodrendű változásnak a kifejlesztését (pl. nem tud mit kezdeni egy új funkcióval). Ilyenkor a család megreked, s esetleg krízis jön létre (hibát felerősítő visszacsatolás), és a hatékony megoldást, azaz egy elmaradt másodrendű változást a professzionális segítség hozhatja meg.

2) Egy családi rendszer

Az anya a fürdőszobában a fektetési előkészületeket végzi hatéves, vonakodó lányával, s a vita egyre hangosabb lesz. Egy szobával odébb a nagymama a zajokra hasfájással és feszültséggel reagál, majd a vita egy pontján felpattan és beavatkozik. A kislány erre lecsendesül, és azt mondja a nagymamának, hogy nincs semmi baj.

Ez az egyszerű történet számos fontos dolgot illusztrál. Ha le akarjuk írni, kénytelenek vagyunk azt események sorozatára szabdalni. Valójában azonban nincs a történetben egyetlen olyan pillanat sem, amikor valamelyikük "megszűnik" viselkedni. Bateson azt mondja, "lehetetlen a kommunikáció elkerülése". Még amikor valaki kívül is van a helyzeten, akkor is vannak reagálásának minimális jelei, és a családtagok nagyon is jól ismerik egymásnál ezeket a jelzéseket. A válasz elmaradása is jelentőségteljes üzenet. Még akkor is így van ez, ha valaki nincs éppen jelen. Az anya és a kislány nem tudják közvetlenül észlelni a nagy nővekvő türelmetlenségét, mégis mindketten jól tudják a számtalan korábbi szituációból, hogy egy-kettőre be fog avatkozni. Az egész folyamat cirkuláris, mindenki kapcsolódik a másik kettőhöz, folyamatosan figyeli a másikat, és "beindul" annak viselkedésétől. Ugyanakkor van egy adott egyensúly, a család megtart bizonyos korlátokat: ha a zajszint túl magas, valaki beavatkozik. Ha a nagymama nem, akkor esetleg a lánya jön oda megnézni, miért nem teszi azt – de ha a fürdőszobában elmarad a szokott vita, akkor a nagy nő fog felpattanni azért, hogy mi történt.



A fenti példában a résztvevők viselkedésére összpontosítottunk. Elemzésünk arra szorítkozott, hogy a családtagok mit tettek. Rendszerszemléletbe foglaltuk azt, amit bármely külső szemlélő láthatott volna. Ezenkívül voltak feltételezéseink a nagy percepcióira és érzéseire vonatkozóan. Ezeket szintén külső szemlélőként tesszük: senki sem kérdezte meg az adott pillanatban a nagymamát, hogy mit érez. Az interaktív elemzés azonban nem szükségképpen szorítkozik a látható viselkedésre és azzal kapcsolatos feltételezésekre. Később fogjuk látni, hogy fontos adatok szerezhetők abból is, ahogyan a résztvevők elmondják és vélekednek a történetekről. Az alábbi példa azt mutatja meg, hogyan alkalmazható módszerünk egy olyan fiziológiai változás esetében, amely interakcionális kapcsolatban van a résztvevőkkel.

3) A Collins család

Erről a családról *Minuchin* számolt be (két cukorbeteg gyermek), ahol a kísérlet során mérték a szabad zsírsav (FFA) vérszintet is. Az FFA-szint jól követi az emocionális választ, ezt más módszerek is bizonyítják.

Az alapvető probléma az volt, hogy bár mindkét gyermek cukorbeteg, ugyanúgy, ugyanott nevelkedik, a diabeteszük klinikailag mégis egészen eltérően viselkedik. Az egyikük, Dede ún. "szuperlabil", azaz, az ő betegsége kifejezetten pszichoszomatikus. Olyan ketoacidózisai voltak, amelyek az otthon adott inzulinra nem reagáltak. 3 év alatt 23 alkalommal volt kórházban. A másik kislánynál, Violetnél viselkedési problémák voltak, emiatt szülei panaszkodtak rá, de a cukorbaja jól kontrollálható maradt.

A vizsgálatot úgy végezték, hogy struktúrált családi interjú közben, adott időpontokban vérmintát vettek, függetlenül az interjúban zajló történéstől. Az interjú folyamán a szülők két különböző stresszhelyzetet játszottak le, miközben gyermekeik egyirányú tükrön keresztül figyelték őket. Bár nem vettek részt a helyzetekben, az FFA-szint azonnal emelkedett, amint meglátták a vitatkozó szülőket. Ezt követően visszaengedték őket a szülőkhöz. Kiderült, hogy egészen eltérő szerepük van a családban. Dedét mindkét szülő fel akarta használni a másik elleni harcban, úgyhogy ő sehogysem tudott úgy viselkedni, hogy az ne tűnjék a másik szülő ellen szólónak. Violet hűségét ezzel szemben nem keresték, ő meg tudott maradni semlegesnek.

A két eltérő szerep hatása az FFA-vérszintre igencsak eltért. Kezdeti értékük is magas volt, amikor csak látták a szülőket veszekedni, ez még tovább fokozódott, amikor bementek hozzájuk. Az ülés végére

azonban Violet szintje visszatért a normálishoz, míg Dedée még másfél óráig magas maradt.

A szülők vérszintje magas volt a házastársi veszekedés alatt, és azonnal lecsökkent, amint a gyermekek bementek hozzájuk, és ők szülők lehettek. Ebben a családban a házastársi konfliktusok mindig csökkentek, amikor a szülői funkciók kerültek előtérbe, a gyerekek tehát feszültségmentesítőként szolgáltak. Ennek ára csak az FFA-szintekben és Dede rosszulleteiben mutatkozott meg.

Minuchin vélekedése szerint ebben a családban minden személy egy sajátos helyzetet foglal el, és egy bizonyos funkciót teljesít. Dede (ő volt a küldött személy) a szülők dialógusában kapott szerepet, míg nővére, Violet nem. Azonban, mint ahogy azt a családokban is látjuk, *a pozíciók felcserélhetők*. Ha pl. Dede távol volt, Violet került a helyére. Ha az anya nem volt ott, akkor valamelyik lány "rástartolt" az ő helyére. A klinikai munkában ezt a jelenséget gyakran látjuk. Épp ezért hangsúlyozza *Minuchin*, hogy a minta *állandósága* a család *organizációjában* van (s nem abban, éppen ki viszi a szerepet).

Amint az ember egyszer rátanul erre a fajta szemléletre és a mindennapos szituációk ilyenén elemzésére, rájön, hogy a lineáris okságra épülő állítások csak részben fedik a valóságot: a teljes folyamat egyes mozzanatainak önkényes kiragadásai. Az "ok" szónak még a használata is arra utal, hogy gondolkodásunk lineáris. Itt már a nyelv korlátaiba ütközünk – a milánói csoport világosan rámutatott azokra a nyelvi nehézségekre, amikor le akarunk írni egy cirkuláris folyamatot. Ezzel kapcsolatban azt javasolták, sokkal megfelelőbb lenne arról beszélni, hogy a családtagok egymással szemben dühöt, szomorúságot, bizalmatlanságot *mutatnak* és ne mondjuk azt, hogy ők dühösek, szomorúak, bizalmatlanok stb. Ha kihangsúlyozzuk, hogy ezek "mutatott" jelenségek, ez magában foglalja, hogy interperszonális dologról van szó, s nem individuálisról.

1.2 Homeosztázis és szabályok

A homeosztázis folyamatából jól megérthetők az olyan jelenségek, mint a családi interakciók ismétlődése és bejósolhatósága. A 2) és 3) alatti példákban ezt már láthattuk. Majd mindenki, legyen akár gyakorlott, akár kezdő, egy család megfigyelése során könnyen feltalálhatja ismétlődő viselkedési mintáikat. Ezeket a *visszatérő mintákat* nevezzük *cirkularitásoknak*. Pl. gondoljunk egy párra, akik hol zsémbesek, hol

elzárkózóak egymással szemben. A feleség közli, hogy elvárja a férjtől, fesse ki a konyha mennyezetét, amit már számtalanszor kért tőle. A férj azonnal fáradtnak érzi magát és elvonul a tévéhez. A feleség hamarosan újabb követelésekkel áll elő: a gyerekeknek ágyba kell menniök, a mosógép lyukas stb. A pár követelés és visszavonulás azonos mintáját mutatja, viselkedésük tehát előre megjósolható – ez a jelenség *a családi minta redundanciája*: nincs benne már új információ, mivel már meg tudjuk jósolni, mi fog történni. Akármit csinálnak, ebédet főznek, gyereket nevelnek vagy víkendet terveznek, a cirkularitás mindig ugyanaz. Külső szemlélő előtt tehát úgy látszik, *mintha a család bizonyos szabályokat követne*, amelyek szükségesek valamilyen egyensúly fenntartásához.

Néhány teoretikus, különösen Jackson (1965) azt tételezi fel, hogy a családi homeosztázist úgy is lehet tekinteni, mint adott szabályokkal való műveletek összességét. Hozzunk erre néhány példát.

A Jones család éppen reggelizik. A 9 éves Dennis elég féktelenül viselkedik, tologatja a székét, dobol az evőeszközzel stb. Néhány perc múlva az apa ingerülten kinéz az újságból, az anya közben szelíden magyarázza a fiúcskának, hogyan üljön stb. A zaj azonban folytatódik, s végül az apa rászól az anyára, "Miert nem azt mondod neki, hogy maradjon nyugton?" Ezután az anya azt mondja, "Dennis, legyél nyugton". Bizonyos eltérésekkel ez a minta csaknem minden reggelinél megismétlődik.

Másik példa: a nagylány elmegy otthonról, az anya pedig utánakibál: "Csukd be az ajtót!" Ez ismétlődik naponta tizenöt-ször. Mivel ez a sorrend újra meg újra megismétlődik, be is jósolható, s úgy tűnik, mintha valamilyen szabálykövetésből adódna.

Az első példánkban tehát egy olyan szabályt lehet felállítani, hogy mindenkor, amikor a gyerek magára akarja felhívni a figyelmet, az apa ingerülten ösztökéli a feleségét, hogy az foglalkozzon a gyerekkel. A másik példában pedig azt, hogy a lánynak az ajtó becsukásához az anyja utasítására van szüksége.

Azokat a magyarázatokat azonban, amelyekben a szabályokat egyszerűen csak a családi rendszer természetes meghosszabbításainak tekintik, kezeljük óvatosan! Ahol a viselkedésben látható valamilyen regularitás, ott megpróbálhatjuk átgondolni, milyen szabályok adódhatnak ezekből az ismétlődésekből. Ezek a szabályok azonban *csak a vizsgáló következtetései*.

Amikor megpróbáljuk megérteni a családot, az embernek el kell döntenie, vajon segít-e neki vagy sem, ha abból indul ki, hogy a családtagok maguk szabályok alapján viselkednek. Az iménti példákban van néhány kimondott szabály, pl. "Ne csúszkálj a székeddel", "Mindig csukd be az ajtót magad után". Mégis valószínűtlen, hogy lenne egy olyan explicit családi szabályozás, hogy "A lány mindig nyitva hagyja az ajtót, hacsak az anyja rá nem szól". Ehelyett implicit, rejtett szabályok vannak, amelyek hatnak a családtagok viselkedésére, de a normál interakciók során a tudatos küszöb alatt maradnak. Az ilyen *implicit szabályok annyira mélyen lehetnek elrejtve* a család történetében és a tagok egyéni tudattalanjában, *hogy azokat nem lehet leírni vagy megvitatni az érintettekkel* még akkor sem, ha a terapeuta meg is próbálja a viselkedés szabályszerűségeit kiemelni.

Látni fogjuk, hogy a szabályok, normák, szerepek és "szkriptek" által vezérelt és előírt viselkedés fogalma sok helyütt előfordul. Ennek a könyvnek az I. részében bemutattuk, hogyan hatnak a kulturális elvárások normaként vagy szabályként a családi struktúrára és az egyes szerepekre – azaz, az elvárt viselkedés társul egy sajátos pozícióval a családban.

A szabályok révén irányított viselkedés fogalma sok vonatkozásban hasznos a családi dinamika konceptualizálásában. *Veszélye abban áll*, hogy esetleg ezeket a szabályokat, mint egyértelmű, tudatos viselkedési előírásokat tekintjük, amelyek meghatározzák, hogy az emberek mit tegyenek. Az implicit családi szabályok azonban nem szükségképpen határozzák meg, ami aztán konkrétan történik: a családok változhatnak, és változnak is.

Sor kerülhet most itt arra a kérdésre is, vajon *hogyan kerül a rendszermodellbe a páciensek megértése és elképzelései*. Eddig a hangsúly azokon a mintákon volt, hogy mit csinálnak az emberek egymással. Olyan gondolati tényezők, mint belátás, megértés, nem szerepeltek sehol. Itt fontos annak a figyelembe vétele, hogy mindennapos viselkedésünk nagyrésze anélkül zajlik, hogy afelől teljesen tudatosak lennénk. Amikor családokat tanulmányozunk, ugyanúgy szembekerülünk a tudatosság, ill. a tudattalan pszichodinamikai szerepével, mint az egyéni terápiákban. Milyen mértékben tudatosak az emberekben saját viselkedési mintáik? Egyre világosabb, hogy az interakcionális folyamatok nagyrésze a tudatosságon kívül marad.

2. A diádikus viszony

A családokban előforduló interaktív viszonyok nagyon bonyolultak lehetnek, s az érintettek számával ez még tovább fokozódik. Ezért a gyakoribb kapcsolatok áttekintését a legegyszerűbbel kezdjük, a két személy közöttivel, más néven a diáddal.

2.1 Szimmetrikus és komplementer (egymást kiegészítő) tranzakciók

Amikor Bateson antropológusként Új-Guineában dolgozott, a párok viselkedésének klasszifikálására kialakított egy módszert, amely mind a mai napig hasznosnak bizonyult. Azt javasolta, legyen az első szempont az, hogy vajon a párkapcsolat *szimmetrikus-e vagy komplementer*. Watzlawick így írja le Bateson kritériumait:

Az első esetben a hangsúly az egyenlőség létrehozásán és fenntartásán van. Ezt nevezzük tehát szimmetrikusnak. (A másik esetben kölcsönösen elfogadják a kettejük közötti különbséget, s az kielégíti őket. Ez felel meg a komplementer viszonyoknak...) Ebben az értelemben az egyenlőség kifejezés arra a tényre utal, hogy a partnerek ugyanazt a típusú viselkedést mutatják egymás felé, más szóval, viselkedésük üzenete az egyenlőséget igényli. Ebben az összefüggésben tehát teljesen irreleváns, hogy a valóságban mit tesznek. Ami számít, az annyi, hogy A úgy viszonyul B-hez, ahogyan B viszonyul hozzá. Ha pl. B valamit adni akar, akkor A is adni akar, ha B kapni akar, akkor A is kapni akar stb. Ha az egyik az erő pozícióját foglalja el, ezt teszi a másik is, ha az egyik tehetetlennek érzi magát, ezt érzi a másik is...

A komplementer kapcsolatban viszont a két ember viselkedése mintegy kiegészíti egymást (Gestalt), mint a nappal az éjszakát, a hegy a völgyet stb. Ez azt jelenti, hogy komplementer viszonyban B viselkedése feltételezi A-ét – miközben ugyanakkor okául és céljául is szolgál A viselkedésének, és megfordítva.

Tehát a szimmetrikus kapcsolatban mindegyik partner részvétele azonos jellegű, a komplementerben pedig mindegyikük akciói a másikénak a kontrasztja és kiegészítése: pl. tanítás/hallgatás, vádaskodás/mentegetőzés stb. Természetesen ezeknek az igepároknak az adott lefolyása jellemző az adott párra és viszonyra. Mindazonáltal, számos olyan dimenzió is van, amelyik nem tiszteli ezt az alapvető dichotómiát, a szimmetrikus versus komplementer felosztást. Itt három ilyenről lesz szó, ezek: a hierarchia, az intimitás foka és a határok.

2.2 A hierarchia

Mit jelent, ha azt írjuk le egy kapcsolatról, hogy *az egyik személy felül van, a másik meg alul*. Próbáljuk meg a köznapi értelmén túl megragadni a felül/alul interaktív folyamatát. A kapcsolatban ezek azt fejezik ki, hogy az egyik hajlamos kezdeményezni vagy irányítani, a másik pedig követni azt, vagy egyáltalán engedni, hogy a másik irányítson. Ez lehetséges szimmetrikus viszonyban is, amikor mindkettő hajlik felvállalni az alul pozíciót (pl. valamilyen hibáért mindkettő vállalja a felelősséget). Szimmetrikus "felül-helyzetet" gyakran látunk akkor, amikor gyerekek veszekednek a sütemény felett.

Watzlawick a komplementer felül/alul kapcsolatot magának a viszonynak a terminusaival írta le:

"Ezekre sokféle elnevezést használnak, mint pl. primer/szekunder, szuperior/inferior – a szópárok első tagja azt a személyt jelenti, aki meghatározza a kapcsolat természetét, míg a második szó arra a személyre használatos, aki ezt a meghatározást elfogadja és követi. Látjuk, nem kerül szóba, hogy a kérdéses partner erős-e vagy gyenge. A valóságban nagyon is könnyen lehet, hogy az egyik partner gyengesége az, ami minősíti a kapcsolatot, és előírja a másiknak, hogy az védelmezze őt." (Watzlawick 1964)

A felül vagy az alul helyzeteket időlegesen is el lehet foglalni, így pl. olyankor, amikor A tesz egy javaslatot és B azt elfogadja (a kisgyerek anyját kéri, hogy fűzze be a cipőjét). Valamennyi itt tárgyalt folyamatban fontos az időfaktor. Tipikusan észre lehet venni két ember kapcsolatában, hogy a komplementer és a szimmetrikus helyzetük között viszonylag rövid ideig tartó, de *szabályszerűen visszatérő fluktuáció* van, ugyanígy a komplementer mintán belül a partnerek alternálhatnak a felül és az alul pozíciók között. De *elfordul az is, hogy a kapcsolatot nagyfokú merevség* jellemzi, amely éveken keresztül sem változik. Jó példa erre az a házasság, ahol a házaspár folyamatos versengésben vannak egymással, vagy ahol mindig az egyik viszi a prímet és a másik "kiskutyaként" követi.

Sok hivatás szerepviszonyai a komplementer felül/alul helyzetet mintázzák: az orvos/páciens, az eladó/vevő, a tanító/diák ilyen viszony. Közelebbről vizsgálva ezeket, azonban gyakorta látunk itt példát a szimmetrikus folyamatra is: pl. az orvosát diagnózisért nyagगतó beteg, vagy a reklamáló vevő.

A két interaktív mintára jó példa a konfliktus és az erőszak. A veszekedéseket lehet aszerint osztályozni, hogy azok vajon szimmetrikusak-e (felül/felül), vagy komplementerek. Szimmetrikus vitában a két résztvevő testtartása mintegy egymásnak tükörképe, mindkettő vádol és szid. Komplementer vitában az egyik szidja csak a másikat, amit az passzívan fogad, ezzel még további vádaskodásra készítette. Ilyenfajta eskalációt persze a barátság és a szerelem területén is lehet találni.

A felül/alul pozíciókat magukban foglaló interaktív folyamatok:

szimmetrikus: felül/felül vagy alul/alul
komplementer: felül/alul

A szimmetrikus és komplementer folyamatok hajlamosak a hibát felerősítő visszacsatolásra, az eskalációra. Emlékezzünk előző példánkra: ha a központi fűtéshez rosszul kapcsolják a termosztátot, és az a túlmelegedésre kapcsolódik be, akkor a korrekcióhoz második rendű (azaz külső) beavatkozás szükséges. Ugyanígy, ha egy diádban jelentkezik eskalálódó zavar, a páron "kívülről" kell érkezzen beavatkozás a változáshoz: beavatkozhat egy "harmadik fél" (hozzátartozók, szomszéd, rendőrség stb). Mindhárom típusú folyamatnál az eskaláció folyamán könnyen létrejöhet *átcsapás egy másik típusba*.

Befejező példaként lássuk egy tévé-beli családterápiás bemutató részletét, itt a család éppen a nyári szünidőt beszéli meg:

Anya: Nem, kemping ne... vagy szállodában? (szünet) Nekem jobb lenne, ha hotel lehetne, ugye tudod?

Fiú: Persze, én is úgy hiszem.

Anya: Rendben. Na és, hogy... külföld?

Fiú: Igazán nincs ötletem.

Anya: Hová mennél szívesen külföldre?

Fiú: Bárhová.

Anya: És, szokásos turistaútra, vagy valami különlegesre?

Fiú: Az attól függ, mit nevezel szokásos turistának?

Anya: Hát, Spanyolország, Itália vagy Görögország. Repülővel!

Fiú: Igen.

Anya: Körutazás legyen vagy legyen egy bázis?

Fiú: Azt hiszem, inkább egy bázis legyen.

A beszélgetés első mondatából azt látjuk, hogy a fiú van "felül" pozícióban, azonban, ha követjük a folyamatot, azt látjuk, hogy mindig az

anya javasol lehetőségeket, és a fiú kellenen válaszai méginkább erre sarkallják.

Fontos megjegyezni: a "felül" pozíció nem jelenti azt, hogy az illető szükségszerűen erősebb vagy kontrollálja a helyzetet; hanem csakis annyit, hogy befolyásolni tudja a másikat, miközben önmagát nem – tehát tisztán interakcionális elvről van szó, mivel mindkettő ezt a szituációt "választja", és a felelősséget is közösen viselik a helyzetért.

Családok vizsgálatánál a *hierarchia témája középponti kérdés*. Mégis, különösen hangsúlyos akkor, ha a családban különböző korúak, generációk élnek egymás mellett (Haley 1959, Minuchin 1974). A családi hierarchiával kapcsolatos tisztázatlanság, vagy annak figyelmen kívül hagyása a terápiák megkezdésének igen gyakori oka. Arra is figyelni kell, hogy a hierarchia alsóbb szintjein levők egyáltalán nem biztos, hogy passzívak: pl. egy csecsemő az egész családdal szemben lehet felső pozícióban.

2.3 A pszichológiai távolság

A párok osztályozhatók a *közel/távol pszichológiai fogalmai* szerint is, s ebben is lehetnek szimmetrikusak vagy komplementerek. Adott intimitási szinten a kapcsolat stabil (R. Fisch példája szerint, ha mondjuk egy házaspár között van képletesen "tíz lépésnyi távolság", egyensúly esetén, ha az egyik közeledik, a másik ugyanannyit hátrál).

A felül/alul és a közel/távol között *további kapcsolat* is van. Pl. ha egy házaspár a meghittségről átvált távolságtartásba, az addig érvényes felül/alul viszony is megfordulhat. Egy idézett esetben pl. a pár váltogatta a férj felül, és a feleség felül pozíciót: az első esetben távolibb, a másodikban szorosabb kapcsolatban voltak, és szex csak ebben az utóbbi szakaszban fordult elő (Bannister és Bott 1974).

2.4 A pszichológiai határok kérdése

Ezt a fogalmat Minuchin vezette be a családterápiás irodalomba. Valamelyest kapcsolódik az előbbi témakörhöz, a pszichológiai távolságot tovább lehet jellemezni a határ minősége szerint. Ez lehet *merev, rigid*: ilyenkor a pár pl. nem teremt kapcsolatot egymással, még egymás mellett ülve sem – úgy fest, mintha egy fal lenne köztük (erre használják terápiás ülések leírásánál a *disengagement* kifejezést). A másik véglet, amikor két személy között a határ teljesen diffúz (*enmeshment*,

beolvadás). Extrém esetben a pár két tagja alig funkcionál külön személyként: szorosan egymás mellett ülnek, állandóan segítenek egymásnak, beszélnek a másik helyett, átveszik egymás érzelmeit stb.

A család *külső határa* is lehet merev vagy diffúz: mennyi kapcsolata van a családnak a külső személyekkel, mennyit kommunikál velük stb. Természetesen a család határainak kérdése, sőt, maga a családfogalom is szubkultúránként változik. A családon belüli alrendszerek közötti határokról még lesz szó.

A határ és a távolság nem azonos fogalmak. Ezt jól lehet egy olyan párral illusztrálni, amikor a két ember kapcsolata nagyon meghitt, de pszichológiai funkcióik mégsem olvadnak össze. Ezt nevezte *Minuchin* tiszta határnak. Ilyenkor a páros távolsága is hajlékony. A tiszta határ az előbbi kettő között található:

merev határ _____ tiszta határ _____ diffúz határ

2.5 A diádok elemzésének korlátai

Érdekes megfigyelés, hogy ha a pár távolságában vagy hierarchiájában instabilitás van, akkor – gyakrabban igen, mint nem – a diádot a családi rendszer egy másik tagja stabilizálja. Vizsgálatunkat tehát a diádra korlátozni annyi, mint ha a saját elemzésünknek szabnánk korlátot. Másoktól teljesen független párok csak nagyon ritkán fordulnak elő.

3. A triádok

A késő 50-es években *Haley* hozta be elsőnek a család-dinamika talán legfontosabb újítását: a *háromszemélyes helyzetek*, a *triádok* tanulmányozását.

Amikor a kezelő megfigyeli, hogyan provokálja az egyik házaspár a másikat, az pedig viszont; rájön, hogy a "kisiklás" elhárítására nekik szükségük van egy harmadik személyre. A rivalizáló viták pl. könnyen bevonnak igazságtévő harmadik felet is, s ha ez a harmadik aktiválódik, akkor a látszólagos diád háromszemélyessé válik. A családterápia alapegységének tekintett szülők+egy gyermek hármas abból a felismerésből alakult ki, hogy egy problémás gyermek képes a házaspár kapcsolatát stabilizálni (*Haley* 1976).

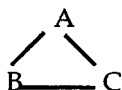
Később méginkább megvilágosodott, hogyan vonja be egy probléma a család három tagját egy elégtelen, de stabil triádba. Mielőtt azonban

ebbe belemennénk, tekintsük át a három személy közötti interakciós lehetőségeket.

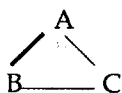
3.1 Szövetség és koalíció

A diád esetében a változatok száma viszonylag korlátozott, triádoknál azonban sokkal nagyobb számú. Így pl. a megegyezés vagy elutasítás témakörét mutatja az alábbi ábra.

Stabil helyzetek:

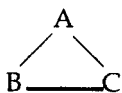


a) mindhárom személy egyetért egymással, az elrendezés stabil

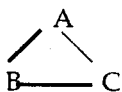


b) egy pár egyetért egymással, és abban is, hogy a harmadikkal nem értenek egyet

Instabil helyzetek:



c) a triád mindhárom tagja konfliktusban áll egymással; ahhoz, hogy ez a triád fennmaradjon, bizonyos mértékű egyetértésre kell jutni



d) végül, még egyfajta instabil elrendezés, amikor a pár (itt A és C) konfliktusban áll, miközben egy harmadikkal mindkettő egyetért. Itt tehát az egyik stabil kapcsolat a másikat fenyegeti

Az instabil konfigurációk tendenciája a *stabilá alakulás*. Így pl. amikor a terapeuta egy házaspárral dolgozik (d), nagy nyomás alá kerülhet, hogy a hármasuk b) típusúvá váljon. Másik lehetséges változat, amikor a házaspár és a terapeuta kapcsolata c) jellegű (mindenki mindenkivel konfliktusban van). Itt is erős az a tendencia, hogy valamelyik kettő (általában a házaspár) koalícióra hajlik a kezelővel szemben (szintén b). Persze, a szituáció torkolthat az a) típusba is.

Hasonló helyzetek alakulhatnak ki akkor is, ha terapeuta helyett egy gyermek, vagy valamelyikük szülője alkot a házaspárral egy hármast.

A szövetség és a koalíció *Haley* elnevezései. A *szövetség* egyszerűen azt jelenti, hogy két személy egyetért vagy közös érdeket képvisel. Ez tehát egy kétszemélyes jelenség. A *koalíció* ezzel szemben az, amikor a két személyt a harmadikkal szembeni kritikájuk köti össze. Ez lehet nyílt, de

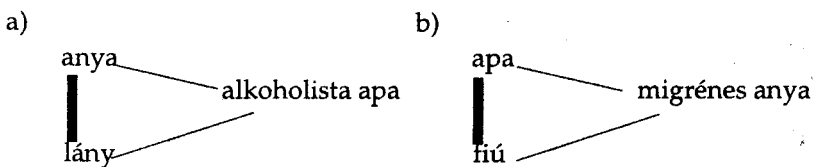
fontos, hogy különösen, ha a harmadik beteg, ez a koalíció rejtett vagy titkos: a kettős a harmadikat zárt ajtók mögött kritizálja, és a nyílt színen viselkedésük megváltozik. Ilyenkor mindannyian tagadják, hogy ilyen koalíció létezne.

3.2 A triádok hierarchiája

Mint már korábban mondtuk, a családi folyamatok megértésében rendkívül fontos a felül/alul dimenzió. Triádoknál két- és háromgenerációs családokkal találkozunk, persze előfordulhat, hogy mindhárman egy generáción belül vannak, pl. három testvér. Még ilyenkor is nagyon erős a hierarchia, amelyet gyakran a születési sorrend dönt el. Sokszor látjuk azt a helyzetet, amelyet *Minuchin* "a parentifikált gyermeknek" nevezett el: valamelyik testvér excesszív mértékben szülői funkciókat vállal fel a fiatalabbak felett. Másfajta konfliktusforrás, amikor a hierarchia úgy jön létre, hogy a fiatalabb irányítja az idősebbet.

Haley szerint, ha a generációs vonalban titkos koalíció alakul ki, annak komoly, nagyon előnytelen következményei lehetnek, amelyek gyakran az ok-okozat sima lineáris láncolatának tűnhetnek. A *Haley-féle "perverz háromszög"* azt a helyzetet jelenti, amikor a társult pár sikertelenül próbálkozik a nehézség megoldásával, vagy arra további szemet-húnyással reagál.

Például a családban kialakulhat a következő helyzet:



Az első esetben ketten társulnak az apa ellen, akinél a kizártság érzése tovább fokozza az alkoholizálást. A másik esetben az anya betegsége dühös koalíciót hoz létre vele szemben, s ez az anya izolálódását növeli. Mindkét esetben önmagát fenntartó káros visszacsatolás jön létre.

A szervezetekben kialakuló titkos koalíciók szintén rendkívül sok feszültségnek és bajnak lehetnek a forrásai.

Érdemes felfigyelni arra, hogy a generációs vonal mentén kialakult titkos koalíciót (fenti példák) *könnyen össze lehet tévesztani* egy jóindulatú szövetséggel.

Bonyolultabb a probléma, ha *változó koalíciókról* van szó: pl. (a rendszerint súlyosan beteg) gyerek váltogatva hol az egyik, hol a másik szülővel társul a másik ellen. Ilyenkor látható pl. az a helyzet, hogy a skizofrén fiú tüneteire az egyik szülő megfelelő reagálásait a másik szülő viselkedése aláássa. Majd a szülők pozíciót váltanak, a másik lesz reális, amelyet a párja destruál, s ez így folyhat a végtelenségig. Egy példa erre *Haley-től* (1976):

- 1) a nagymama viseli az unoka gondját, miközben az anyát felelőtlennek titulálja, ily módon szövetkezik a gyerekekkel az anya ellen (perverz háromszög)
- 2) az anya visszavonul, a gyereket a nagymamára hagyja,
- 3) a gyerek rosszkodik vagy tüneteinek lesznek,
- 4) a nagymama ekkor tiltakozni kezd az ellen, hogy neki kell a gyerek gondját viselni, és azt hangoztatja, hogy ezt az anyának kellene tennie,
- 5) az anya elkezd a gyerekekkel foglalkozni,
- 6) nagymama megint beleszól, hogy az anya nem csinálja azt jól, nem tudja, hogy kell egy gyereket nevelni, felelőtlen stb. Átveszi a gyerek gondját, hogy megóvja azt a felelőtlen anyától,
- 7) az anya ismét visszavonul,
- 8) a gyerek újra tüneteket produkál, bizonyos ponton a nagymama ismét közli, hogy nem bír a gyerekekkel stb.

Fontos tudnunk, hogy még a nyugati társadalmakon belül is nagy változatosságot mutat, vajon a nagyszülői generáció a szülői szisztémához képest hol helyezkedik el, felette vagy alatta található. Az, hogy mi a "korrekt", nagyon sajátos. Nyugaton a szülő és egy gyerek titkos koalíciója rendszerint problematikus, de pl. sok ázsiai kultúrában az apa és a legidősebb fiú képezi a végrehajtó diádot, a hinduknál pedig az anya és a legnagyobb fiú.

3.3 Határok és alrendszerek

Három vagy több személy esetén már egy alrendszerre is lehetőség adódik. Az *alrendszer: rendszer a rendszeren belül*. Minuchin házastársi, végrehajtó és gyermek alrendszert különböztet meg, amelyek között kell lennie valamilyen egyértelmű határnak, és nehézségek akkor je-

lentkeznek, ha ezek a határok túl diffúzak, az egyes feladatok és témák átfolynak a határokon.

Szokványosan előforduló minta, amikor a gyerek jelenti a problémát: pl. rossz lesz vagy pszichoszomatikus tünetei vannak. Ilyen esetekben azt a háttérrel látjuk, hogy a szülők nem képesek nehézségeiket kettesben megbeszélni, és a konfliktust a gyermek segítségével oldják meg. Ez a konfliktusok elkerülésének gyakran látott módja (ld. a Collins családot fentebb). A gyerek szemszögéből, a szülők közötti növekvő feszültség beindítja a tüneti viselkedést, valójában azonban a gyermek betegsége spirálisan tovább fokozza a konfliktust. Pl. a serdülő lány elkezdi nem enni, a szülők pedig nem értenek egyet abban (sem), hogy hogyan kezeljék ezt a dolgot, mondjuk, az apa hajlandó lenne kevésbé szigorúan viselkedni, de a felesége nem enged a huszonegyből. Egyikük stratégiáját sem tudják következetesen végrehajtani egyet nem értésük miatt. A lány reakciója tehát megóvja a helyzetet azzal, hogy magára vonja a szülők figyelmét. *Minuchin*, aki nagyon direktíven vezette terápiait, ezen a problémán úgy segített, hogy a szülői alrendszer határait megerősítette. Ezzel hozzásegítette a szülőket, hogy szembenézzenek a saját konfliktusukkal, meg tudjanak beszélni egy közös cselekvési tervet, és megakadályozta, hogy a lány belefolyjon ebbe a döntési folyamatba. A terápiás ülésen gesztusokkal jelezte a lány felé, hogy maradjon nyugodtan, vagy előírta a szülőknek, hogy minden este a lányuk nélkül bizonyos ideig beszéljenek a problémáról.

4. A családi életciklusok

Eddig a családi folyamatokat úgy elemeztük, mintha azok sztatikusak lennének. Ezzel szemben nyilvánvaló, hogy a család dinamikus egység, amely az idők során változik és fejlődik. S bár nincs két család, amelynél ez azonosan folya le, mégis felállíthatunk néhány általános szabályt a *családi életciklusokra* vonatkozóan.

4.1 Az életciklus változásai

Az eddigiekben úgy festettük le a családot, mint a "dinamikus egyensúly" felé törekvő rendszert. Nyilvánvaló, hogy az élet nem áll meg itt, a család tagjai nőnek, idősebbek lesznek, külső személyek kapcsolódnak be, és mások meg kívánnak a családból. A fejlődés perspektívájából

szemlélve tehát, azt mondhatjuk, hogy a rendszernek kétségtelenül ki kell munkálnia új struktúrákat, új viselkedési módokat, új szabályokat. *A problémák a változás fázisaiban jelentkezhetnek. Minuchin* ezt a témát a házassággal létrejövő változások és az első gyermek születése kapcsán tárgyalja:

“A házaspár tehát szembekerül azzal a feladattal, hogy mindegyikük elszakadt az eredeti családtól, és új kapcsolatba kerül annak tagjaival. Az eredeti családhoz való lojalitást az új pár megegyezései váltják fel, s ezt a korábbi családnak tudomásul kell vennie.

Ugyanígy a család külső kapcsolatainak (munka, egyéb kötelmek, szórakozások) is újra kell szerveződniök. A külső igényeket most már aszerint kell vizsgálni, hogyan felelnek meg azok az új család életének. Mindegyik házaspárnak találkoznia kell a másik barátaival, és kiválasztani, kik legyenek az új barátok. Így mindegyikük új barátokra tesz szert, és elveszt régiéket. Az első gyermek születése is radikális változást jelent a családi szervezetben. A házaspár funkciója ekkor szét kell váljon, s a csecsemőhöz való érzelmi és fizikai viszonyulás a pár kapcsolati mintáiban is változást igényel. A családon belül egy új alrendszer jön létre.” (*Minuchin 1974*)

Mindnyájunknak ismerősek ezek a változások, s legtöbbször az érintettek viselkedésváltozása is simán zajlik, legfeljebb utólag regisztrálják az új helyzetben való alkalmazkodásukat. Akkor tűnik csak elő, hogy milyen bonyolult és fontos változásokról van szó, ha a dolgok rosszul mennek (pl. a fiatal nagyon nehéznek találja, hogy elhagyja a régi otthonát, vagy az új szülők nem tudnak mit kezdeni egy jó szándékú, de kellemetlenül beavatkozó nagyszülővel).

Haley (1973) szerint a családok állandó változási folyamata két irányból ered: egyrészt a rendszerre ható *külső tényezők* (új barátok, a munkahelyi változások, iskolai, környezeti, és még a tágabb kulturális hatások is), másrészt a *belső változások* hatásából. Utóbbihoz tartoznak a készségek, lehetőségek természetes fejlődéséből, a gyermekek növekedéséből származó igények. Ő vezette be a *családi életciklus* fogalmát, hogy a folyamat fontos szakaszai és az átmenet időpontjai markánsabban kiemelődjenek:

- a) az udvarlás periódusa
- b) a házasság korai szakasza
- c) az első gyermek születése, és a vele való törődés időszaka
- d) a házasság középső szakasza – a gyermekek iskoláskora
- e) a gyermekek “kirepülése a fészekből”

- f) nyugdíjaskor és öregkor
- g) a halál és a veszteségek korszaka

A felosztás viszonylag önkényes: hozzátehetnénk még a válást, a válás utáni új család létrejöttét, az állásváltoztatások időszakát, a földrajzilag is jelentős átköltözéseket, s így tovább. A fontos az, hogy *ezek a változások a rendszer valamennyi tagját érintik*. Ez nagyon fontos alapelv, és interakcionális perspektívából tekinti az egyéni életút változásait (amelyekre vonatkozóan korábban ismerjük Freud véleményét a szexuális fejlődés szakaszairól, Piaget-nek a kognitív fejlődésről szóló nézeteit és Erikson tanulmányait az ego-fejlődés fázisairól).

Amikor a család *átjut egy fejlődési fázison, a rendszeren belüli viszonyokat újra kell tárgyalni*, ennek elmaradása szabályszerűen problémákat okoz. Jó példa erre egy középkorú asszony esete. Depresszió és alvászavar miatt jelentkezett – csupán az egyént tekintve, ezek többek között felvethetnék egy menopauzális változás lehetőségét. Ha azonban vizsgálódásunkat nem szűkítjük be erre, felfedezhetünk egy sokkal fontosabb folyamatot: legutolsó gyermeke is elhagyta a családot. Elérkezett tehát egy olyan pillanat, amikor az a családi rendszer, melynek az asszony is része, radikálisan új helyzethez kell alkalmazkodjon. Az eredeti házaspár sokkal több időt kell együtt töltsön, annak az energiának, amelyet eddig a nevelésre fordítottak, új irányt és objektumot kell találjanak. Ezen a ponton keletkeznek a feszültségek, különösen, ha a házaspári határ diffúz, és a legfiatalabb fiú „belekeveredik” az újrendeződés folyamatába. Pl. reagálhat úgy az anyja depressziójára, hogy feláldozza a saját barátaival töltött időt az anyja kedvéért, átvesz tőle feladatokat stb. Így az anyja depressziója egy önfenntartó ciklust alakít ki, és végeredményben megakadályozza, hogy az egész rendszer megfelelően változzon.

A családi életciklus fontosságának másik példája – szembeállítva az egyéni életciklusokkal – a gyermek születése utáni depresszió (közismert pszichiátriai nevén a postpartális, gyermekágyas melancholia). Persze lehetséges hormonális változások irányában is kutatni, de ez ritkán eredményez elégséges magyarázatot. A gyermek születése óriási hatással bír, nemcsak a nukleáris családra, hanem a tágabbra is: a pár szüleiből nagyszülők lesznek, az ujdonsült nagymama segítségét az anyja könnyen úgy élheti meg, mint saját kirekesztését az anyai szerepből, a férje és a nagymama esetleg egy új végrehajtó alrendszer

alakíthat ki, merev határral az anya felé stb. Az anya elveszti addigi helyét a hierarchiában. Ha ez a helyzet stabilizálódik, a családi képlet a következőképpen rögzül, esetleg hosszú időre is:

nagymama==apa

gyermek

feleség

=== összeolvadás

— világos határ

— rigid határ

4.2 Ceremoniák és rituálék

A legtöbb társadalomnam az életciklus-változásokat bizonyos ceremóniák, rituálék jelzik. Ezek fontos szerepet játszanak a változás definiálásában, az új határok kialakításában. Az a szokás, hogy valamennyi családtag részt vesz a ceremónián, hozzájárul ahhoz, hogy ez az újradefiniálás egyszerre minden érintett előtt megtörténhet. *Selvini-Palazzoli* (1978) kihangsúlyozza, hogy a ceremóniák és rituálék a burkolt, implicit kommunikációnak nagyon hatékony eszközei. Az új helyzetek, kapcsolódások nagyon jól tanulmányozhatók pl. az esküvői képeken.

Haley (1980) észlelte azt, hogy a nyugati társadalmakban a ceremóniák formasaibaiban tapasztalható nagyobb szabadság nagyobb konfúzióhoz is vezet. Hasonlókép, arról is elgondolkodhatunk, hogy a válási ceremónia elmaradása részben magyarázhatja a későbbi nehézségeket. Ezekre gondolva dolgozta ki a milánói csoport (*Selvini-Palazzoli és mtsai* 1978) a "családi rituálét" terápiás eszközként. Pl. az egyik, megoldatlan veszteséggel küszködő családnak azt javasolták, hogy következő szombaton az egész család gyűljön össze a kertben, ássanak egy gödröt, és ültessenek el egy kis fát a kisgyerek emlékére, akinek az elvesztésével annyira nem tudtak szembenézni, hogy nem gyászolták meg. Az ilyenfajta, gondosan kiesztelt procedúrák rendkívül hatékonyan beindíthatják a család újraszerveződését.

Mielőtt a következő fejezetbe kezdenénk, jegyezzük meg, hogy a családot rendszerként felfogó elképzelés nagyon jól bevilágíthat a családi élet dinamikájába, folyamataiba, és a felmerülő problémákkal kapcsolatban számtalan új meglátásra nyújthat lehetőséget. *Haley*

(1980) és mások mégis azt hangsúlyozzák, hogy a rendszerszemlélet elsődlegesen a *stabilitás elmélete*: azaz, azokról a folyamatokról szól, amelyek fenntartják a status quo-t, és nem azokról, amelyek a változást segítik; ennek a szemléletmódnak a hangsúlya a változásban rejlő nehézségeken van, s kevésbé azon, hogy a családok miként oldják meg olyan gyakran sikerrel ezeket a változásokat.

Mégis, a rendszermodell sokat nyújt nekünk abban is, hogyan jönnek létre ezek a változások a családban – akár természetes, akár terápiás közegről van szó. A következőkben a változás irányába való segítség módszereit tárgyaljuk majd, s az interaktív, rendszerszemléletű megoldásokat összevetjük az egyéni terápiában használt módszerekkel. Először azonban váltsunk nézőpontot, s beszéljük meg a családok tagjaiban lezajló észlelési, véleményalkotási folyamatokat.

5. A konstrukciós elmélet és a változás

Mostanra tehát kialakult egy részletes elképzelésünk arról, hogyan működnek a családok. Rendszerekként kezeljük azokat, többé vagy kevésbé hasonlatosan egy materiális rendszerhez. Mindeddig azonban csak azt vettük figyelembe, ami a külső szemlélő nézőpontjából lényeges másvalaki viselkedésének a megfigyelései: testmozgások, gesztusok, nem verbális és verbális közlések. Nem vettük tekintetbe a *rejtett családi szabályokat*, amelyek elképzelhetően vezérlik ezeket az ismétlődő interakciókat. (Hiba lenne itt a "szabály" kifejezést túl szó szerint venni. Az emberek reagálásában saját észleléseik, elképzeléseik és választási lehetőségeik is benne vannak, és nyilván nem mechanikusan követik ezeket a feltételezett szabályokat, előírásokat.)

Azonban, amikor a családterapeuta afelé fordul, hogy *a résztvevők számára mi a jelentése* a családi interakciókat megalapozó viselkedésnek, akkor szükségszerűen irányt vált. Ebben a fejezetben tehát a családi folyamatokat egy másik oldalról vizsgáljuk és a "szabály-orientált" viselkedés¹ magyarázó elveit keressük.

Jelen témánknál a legfontosabb feltevés a következő: mint ahogy a családtagok viselkedése is interdependens, rendszerjellegű, éppúgy

1 Eddig a "viselkedés" kifejezést általános értelemben használtuk, amelybe minden beletartozik, amit egy személy megtesz. Akkor azonban, amikor a viselkedés jelentéséről van szó (tehát, mit szándékoznak kifejezni a viselkedésükkel), akkor inkább az akció fogalmat kell használnunk, nem a viselkedést. Ez a megkülönböztetés alapvető a pszichológiában.

észleléseik és elképzeléseik is ilyenek, egymás által meghatározottak. Más szavakkal, az *akciókat is rendszerjellegűnek kell elképzelnünk*.

A család az az első jelentős szociális csoport, amelyben élve magunkról, másokról és a kapcsolatokról tapasztalatokat szerzünk. Ezekből a tapasztalatokból fejlődnek ki nézeteink a világról és magunkról. A családon belüli folyamatok az adott család számára érvényes valóságélményt hoznak létre (és tartanak fenn) – a fordított irányban pedig, ez a “családi” valóság kerül kapcsolatba a külső személyekkel, a társadalommal. Ésszerű annak feltételezése, hogy ez a családon belüli “valóság” közvetlenül párhuzamos egy sokkal általánosabb értelemben vett szociális valóság kialakulásával (társadalmi, kulturális, baráti hatások, munka, iskola stb). A család azonban, mint az első szociális egység, bír olyan hatással, hogy végeredményül egy olyan valóságot kreáljon és tartson fenn, amely a családtagok, sőt maga az egész család számára is maladaptív, a szükséges változást, alkalmazkodást lehetetlenné teszi. Természetesen, a társadalom (és különösen egyes képviselői, mint a szociális munkások, orvosok, pszichiáterek) még tovább is erősítheti azokat a tényezőket, amelyek problémákat okoznak a családokban.

Általában is feltételezhetjük, s ha a bajban levő családokat közelebb-ről szemügyre vesszük, méginkább kiemelődik, hogy az emberek hajlamosak bizonyos sémákat alkotni a világról, annak érdekében, hogy megfigyeléseiket és elképzeléseiket azok vezéreljék. Bár ez (*a konstrukciós elmélet*) elsősorban az egyénre vonatkozik, be fogjuk mutatni, hogy ugyanez a *családi értelmezésekre* is áll. Az értelmezési elméletnek ebben a megfogalmazásában kell elképzelnünk a családi interakciós minták bejósolhatóságát – ez kevésbé determinisztikus, mint a családi szabályok feltételezése.

5.1 A családi konstrukciók rendszere

Az egyénre vonatkozó *konstrukciós elméletet* George Kelly (1955) állította fel. Eszerint minden ember kifejleszt egy egyedileg meghatározott értelmezési készletet, ún. konstrukciókat. Ezek bipolárisak (boldogszomorú, zajos-csendes stb), az életünk minden területére kiterjednek, s idővel az értelmezéseknek egy nagyon komplex rendszere alakul ki. Ennek célja, hogy az egyén előre fel tudja mérni az eseményeket és döntéseket hozhasson.

Kelly elmélete az egyénre helyezi a hangsúlyt. Procter (1980) a konstrukciós teóriát felhasználva kidolgozta az elmélet családokra adaptált változatát.

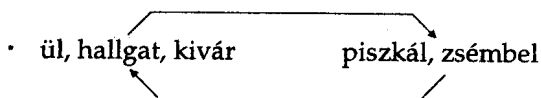
Vegyük a zsémbes feleség és a bezárkózó férj példáját. A feleség azt érzi, "ő lusta és inaktív, nőgatni kell, hogy valamit csináljon". A férj pedig: "Mindig zsémbel, miért nem várja meg, hogy csináljam a saját fejem után". Mindkettőnek van tehát egy elképzelése a másiktól, ez irányítja az akcióit, mindketten feltételeznek valamit a másiktól és aszerint cselekszenek. A válaszok mindkettőjüknél megerősítik korábbi feltevéseiket. Idővel tehát ki fog alakulni a *kölcsönös konstrukciók rendszere*. Jelen példában a közös vagy családi konstrukció az lehet, hogy "lusta és elzárkózó, illetve izgékony és zsémbes".

Ezt a kölcsönös szociális konstrukciót interperszonális folyamatként írhatjuk le, mégpedig két szinten:

értelmezési szint:

lusta, elzárkózó ———— izgékony, zsémbes

akciós szint:

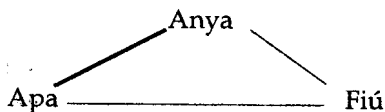


Ez a két szint egymást tartja fenn az ok-okozat spirálisának megfelelően. A szereplők megfigyelései vezérlik az akcióikat, az akciók pedig megerősítik az észleléseiket. Továbbá, mindkettő a másik ellentéte. A kontraszt (vagy a hasonlóság, szemben a különbözőséggel) Kelly elméletében alapvető. A családokban is az emberek gyakran minősítik egymást ilyen módon, hasonlítóssal vagy ellentéttel.

Kelly azt mondta, hogy az emberek úgy "kanalizálják" pszichológiai valóságukat, hogy relatíve korlátozott számú alternatívából kelljen csak választani. Ugyanezt a családra, mint egészre is kiterjeszthetjük: minden családban viszonylag kevés választható viselkedési alternatíva (slot) van. Így, ha az anya a "rendes" pozíciót választja, a fiának csak a "rendetlen" marad, egymást minősítik, és ennek a minősítésnek csak ebben a kapcsolatban van értelme.

Ugyanez a diádnál bonyolultabb családi rendszerekre is vonatkozik. Így pl. az alábbi ábrán látható hármásban a szülők magukat

“rendesnek” minősítik, szemben a “rendetlen” fiúval, vagy “egészségesnek”, szemben a “beteg” fiúval.



Ez jó alkalmi példa arra is, hogy ha legalább 3 elemből álló rendszert tekintünk, akkor ebből kettő azonos abban, hogy különböznek a harmadiktól. Több személyből álló rendszert is mindig fel lehet osztani két csoportra: pl. egy hattagú családból az egyiket jelképezi a család “fekete báránya”, a bűnelkövető serdülő fiú, az ő rosszasága áll kontrasztban a többiek “jóságával”.

Mindeddig olyan példáink voltak, amelyekben csak egy szociális értelmezés szerepelt. A családok természetesen egy sorozat ilyent alakítanak ki, amelyeket együttesen nevezhetünk a *családi konstrukciók rendszerének*. Ez kétirányú alternatívák hálózatából áll, amelyek az élet sok területén irányítják a családi interakciókat. Ez a szemlélet tehát az *interakciókat nem szabályok alapján meghatározottnak* tekinti, hanem azt mondja, hogy a családtagoknak *vannak szabadon választható alternatívái, de maga a választás interdependens, azaz egymástól függő*.

5.2 Reflexivitás

Kelly értelmezési elmélete feltételezi, hogy gondolkodásában minden ember konstrukciókkal és előbecslésekkel működik, a terapeuta pedig, amikor ezekről az értelmezésekről ad további értelmezéseket, *meta-értelmezéseket alkalmaz*. Ezek célja tulajdonképpen a folyamat megértése (ilyen meta-konstrukciók például: alul/felül, közel/távol, világos/dif-fúz stb).

A konstrukciós elméletnek ez a megközelítése, tehát az, hogy a megfigyelők, kezelők és a családtagok tevékenysége önmagában nem különbözik alapvetően, a terápia folyamán elfogadó és megértő álláshoz vezet. Valamennyi érintett azon próbálkozik, hogy értelmet adjon az eseményeknek, és megtalálja a saját módszerét a legjobb kimenetel elérésére.

5.3 A változás létrejötte a családokban

Mindeddig a rendszerszemlélet, a cirkularitás, a szabályok és a családi konstrukciók szisztéma taglalásával a család, mint rendszer stabilitását szándékoztuk hangsúlyozni. Azonban, mint már jeleztük, a rendszermodell a változás vizsgálatában is hasznos.

5.3.1 Elsőrendű és másodrendű változások

Induljunk ki az egyszerű központi fűtés példájából. Itt a rendszerben létrejövő változásokat mindig ugyanazon a módon kezelik: a fűtés vagy bekapcsol, vagy ki. Ha azonban valami másféle, alkalmi változás történik, mint például valaki betöri az ablakot, akkor ezek az alternatívák nem működnek. Itt magasabb fokú, magasabb szintű cselekvésre van szükség (pl. megcsináltatni az ablakot). A magasabb rendű változások felhasználhatják az eredeti rendszer változtatásának az eszközeit is, de magukba foglalhatják vagy az eredeti rendszer értelmezésének a kiterjesztését, vagy a rendszerbe való külső beavatkozást.

A családokban lehetséges változás-típusokat az *első- és másodrendű terminusokkal* is leírhatjuk. Pl. amikor a család egy korlátozott, számára *adott alternatívakészlet alapján* cselekszik, a változást elsőrendű jellegűnek nevezhetjük (a család "saját keretein belül" marad). Másrészt viszont *egy olyan változást, amely módosít* a család addigi alternatívakészletén is, másodrendű változásnak nevezünk (ilyenkor a régi gondolkodási keret, ezzel együtt a jövőben rendelkezésre álló alternatívák is módosulnak).

A "bűnöző" ifjú esetében például a család számos korrekciós megoldást kipróbált: megbüntették, majd próbálták megérteni, legvégül pedig ignorálták. Valamennyi ilyen próbálkozás elsőrendű változásnak tekinthető. Ezek azon a mindent eltakaró konstrukción alapulnak, hogy van "bűnöző" és "normális" viselkedés. Ez a feltevés vezérli az összes megoldási kísérletet. A rendszer határai végeredményben korlátozóak: csak bizonyos típusú megoldások kísérrelhetők meg. Más megoldásokat, amelyek segíthetnének, a rendszer korlátai, a benne lévő konstrukciók kizárnak.

Ha egy család terápiába jön, a kezelő megpróbálhatja őket eredeti kereteikből kimozdítani, egy alternatívát nyújtva nekik. Például ennek a családnak fel lehetne vetni, hogy a bűnözés értelmezésének más módja is van: a fiú azért cselekszik így, hogy segítsen egy háttérben

levő házassági konfliktusban, és hogyha abbahagyná ezt a fajta viselkedést, a házasság széthullana. A család elfogadhatja ezt az új értelmezési keretet, amely a fiú viselkedését nem bűnösnek vagy rossznak, hanem lényegét tekintve segítőknek minősíti. Az új alternatíva segíthet nekik abban, hogy mind a fiút, mind önmagukat más módon lássák – s ez továbbvezethet problémáik új, produktívabb megoldásaihoz. Az ember úgy foglalhatná össze a terápia feladatát: az lényegében abban segít a családnak, hogy egy másodrendű változást hozzon létre. A családi konstrukciók rendszerében bekövetkező változás alapján a probléma is átértelmezhető, és az új értelmezések asszimilálódnak.

5.3.2 Természetes és terápiás változás

A családi életciklusok folyamán a családok egészen simán és természetesen véghezvisznek másodrendű változásokat. Az interaktív szemlélet feltételezi, hogy az emberek rendelkeznek a változáshoz szükséges kellő potenciállal és kreativitással, de hogy ez a természetes potenciál olykor *"beragadhat"*. Ilyenkor ismétlődően ugyanazokat a már megkísérelt megoldásokat próbálják használni, annak ellenére, hogy azok nem hatékonyak. A terápia feladata, hogy segítsen a családot megszabadítani ezektől a nem hatékony megoldásoktól, mégpedig úgy, hogy a problémamegoldás természetes útját ismét és hatékonyabban el tudják kezdeni.

Hozzátehetjük, hogy a terápiás technikák ebben nem különböznek alapvetően azoktól, amelyek a családok természetes életében előfordulnak. Különösen erősen hangsúlyozza ezt Watzlawick (1974), aki lényegében pragmatikusan közelíti meg a kérdést: a terápia során sokféle helyzetet megvizsgálunk, amelyekben a változás *"természetesen"* ment végbe, és megpróbálják megérteni, hogy mi történt.

Watzlawick (1974) idéz egy érdekes anekdotát a másodrendű változás illusztrálására:

Egy (XIX. századbeli) lázadás alkalmával a katonai parancsnoknak meghagyták, hogy ágyútűzzel tisztítson meg egy teret. Tűzelőállásba állítva katonáit, a pillanatnyi csendben kirántotta kardját és teljes hangerővel azt kiáltotta: *"Uraim és Hölgyeim, parancsot kaptam, hogy tüzeljek a csőcselékre. De én úgy látom, hogy egy csomó becsületes polgár is van előttem. Kérem, hogy ők hagyják el a teret, utána biztonsággal tudok lövetni a csőcselékre"*. A tér néhány perc alatt üres volt.

Itt tehát a helyzetet definiálták újra. Megfélemlítés helyett a megóvást, csőcselék helyett a tisztas polgárságot hangsúlyozták. A két csoport, a katonák és a téren levő nép kapcsolata szintén újraértelmeződött. Mindez együtt egy újfajta megoldási lehetőséget teremtett. – A családokban előforduló természetes változásra egy példa:

A hatéves kislány szüleit felháborgatja és aggasztja a kislány feltűnő érdeklődése a szexuális dolgok iránt. Egyikük meg tudta beszélni ezt egy baráttal, vagy láthatta egy tévéműsorban, hogy az ilyen ügyek éppen a normális, "egészséges" fejlődés bizonyítékai, és nem morbid, veszélyes vonások. Az ilyen tudás *újraértelmezésre* adhat lehetőséget.

5.4 Összegzés

Eddig a fejezetig a családi szisztémákat *kívülről* figyeltük – mint olyan megfigyelők, akiket a családtagok észlelései és elképzelései nem érintenek. Azon volt a hangsúly, ahogyan ezek az emberek, mint egy rendszer által determinált mechanizmusok, viselkednek. Az 5. fejezetben ezzel szemben átváltottunk arra a nézőpontra, amely *az elemzésbe a családban levők észleléseit, elképzeléseit is behozza*. Ehhez a személyes konstrukciók Kellytől származó elméletét használtuk fel, melynek hipotézisei szerint az embereknek van lehetőségük szabad választások alapján cselekedni. Ez a hipotézis nem áll ellentétben azzal, amit korábban hangoztattunk az emberi akciók alapvetően interdependens (egymással és egymástól függő) viselkedéséről? Ha Kelly elméletét kibővítjük a kölcsönös konstrukciós rendszer családra érvényes gondolatával, akkor semmi sem áll annak az útjában, hogy az emberek észleléseit, hasonlóan akcióikhoz, interdependensnek fogjuk fel.

Az alapvető itt az, hogy – akárhogy is szeretnénk – *sohasem "tudhatjuk"*, vajon az emberek hogyan értik, értelmezik saját helyzetüket és akcióikat. A családi konstrukciókat vizsgálva figyelembe vehetjük, mit mondanak a családtagok, és azt is, hogy mit állítanak arról, amit tesznek; végső soron következtethetünk arra, hogyan látják a dolgokat. Ez nem sokkal lesz több, akármelyik nézőpontot (a szabályorientáltat vagy a konstrukciós elméletet) használjuk: mindkettőben egyértelmű, hogy a legtöbb, amire juthatunk, egy csupasz leírás arról, hogy milyen a családi rendszer és hogyan működik. Azonban a konstrukciós elméleti megközelítés mégis fontos terápiás előnyöket hordoz az egyszerű szabály-orientált modellel szemben. Lényegében ennek alapján va-

gyunk képesek, hogy ne csupán a család viselkedésére irányuljon figyelmünk, hanem a családtagok háttérben levő elképzeléseire is. Mivel a kezelő így kialakíthat valamilyen elképzelést a család kölcsönös konstrukciós rendszeréről, ennek alapján az intervenciókat is célszerűen azokra a konstrukciókra irányíthatja, amelyekről úgy látszik, hogy fenntartják a problémát.

Végezetül jegyezzük meg: az értelmezési elmélet nem foglalja magában azt, hogy a családi értelmezések szükségszerűen tudatosak. Az emberek képesek választani, *de ennek a választásnak a tudatosulása más ügy.* Analógiaként vehetjük az autóvezetést: a művelet közbeni választások nem szükségképpen tudatosak, általában csak utólag fogjuk fel a lezajlott helyzet bonyolultságát és veszélyeit. Néhány viselkedési megoldás teljesen automatikusnak látszik, mások tudatosak, de nagyon sok a két végpont közé esik.

6. Interaktív családterápia

Nehéz megfelelően összefoglalni azt a fejlődést, melyet az interaktív terápia megtett. Számtalan megközelítés létezik, és heves viták vannak a különböző iskolák között. Kezdjük néhány alapelv körvonalazásával, amelyek a különböző interaktív irányzatokban közősek:

- a) A problémákat (amelyeket rendszerint úgy tálnak, mint a család egyetlen tagjának vagy tagjával való nehézséget) az egész családi rendszerre kell vonatkoztatni. Bármelyik családtag akcióit, mint ennek a teljes, együttműködő rendszernek a funkcióját kell látnunk. Ennélfogva szokásosan az egész családot, vagy valamennyi, jelentékeny mértékben érintett személyt együtt kell vizsgálnunk. Néhány esetben a "páciens" jöhet egyedül vagy a család egy részével, de a rendszer felmérése és az intervenciók már az egészre vonatkoztatva kell történjenek.
- b) A terápiás folyamat lényegében 3 fázisból áll: *vizsgálat* (ez vezet azokhoz a *hipotézisekhez*, hogy vajon hogyan tartja fenn a rendszer működése a problémát), amelyből azután az *intervenciók* kiindulnak. A legtöbb eltérést az egyes iskolák között az intervenciókban találjuk, mindazonáltal valamennyi megközelítés a teljes szisztéma, s nem csupán az egyén megváltoztatását célozza.
- c) A terápiát általában egy munkacsoport végzi, amelyben rendszerint egy személy a kezelő, ő dolgozik a családdal. A csapat többi része detektívtükör

vagy zártláncú tévé segítségével figyeli a munkát. A kezelő időszakonként otthagyja a családot, hogy megbeszélje a figyelő munkatársakkal a terápiás teendőket.

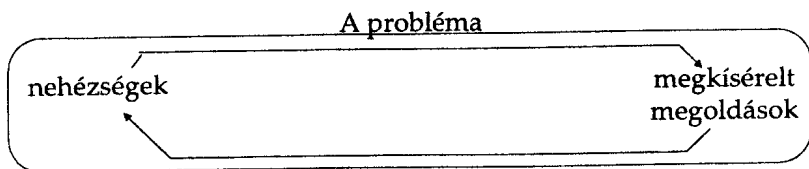
A gyakorlatban sokféle variáció szerepel, de a hangsúly alapvetően azon van, hogy a problémák interaktív természetűek. A különböző iskolák rendszerint *eltérnek a fókusz kérdésében és a változást előidéző, elérő eszközökben*. Általában két fő hangsúlyt találunk: *Minuchin* elképzelése például a családokon belüli *struktúra és viselkedés változását* hangsúlyozza. Ő ezt jellegzetesen erős hatású konfrontációval és bizonyos családtagokkal való szándékos szövetkezések révén teszi, ezzel hozza létre az új családi struktúrát. *Selvini-Palazzoli* és csoportja inkább az *elképzelések, észlelések változására* teszi a hangsúlyt, amelyet rejtett kommunikációkkal ér el. A gyakorlatban természetesen mindkét megközelítés szerephez jut. *Haley* (1976) és *Madanes* (1981) például a struktúrák reorganizálásának fontosságát hangsúlyozza, de ezt rejtett előírásokkal, feladatokkal, újraértelmezésekkel, paradoxonokkal érik el.

Mielőtt továbbmennénk néhány technika megbeszéléséhez, szükséges, hogy a problémák természetéről további részletekbe bocsátkozzunk.

6.1 Probléma vagy nehézség

Ahogy azt már láttuk a családi életciklusnál, a változások rendszerint természetes módon megtörténnek. Ez persze nem jelenti azt, hogy teljesen simán. A családoknak nem könnyű azokkal szembenézni, de meg kell tegyék a szükséges alkalmazkodást. *Watzlawick* (1974) világosan leírta, hogyan értelmezi az interaktív módszer a probléma természetét. Ez a szemlélet *különbséget tesz nehézségek és problémák között*. Nehézség az, amellyel csaknem mindenki szembekerül: betegségek, munkanélküliség, veszteségek, a szexuális élettel kapcsolatos gondok és mindaz az alkalmazkodás, amelyet mindenkinek hoznia kell az életciklusok változásainál. Az ilyen nehézségek típusosan a személy kreatív folyamatait stimulálják. Az élet korábbi tapasztalatai és az adott helyzetből fakadó kényszerűség teljesen elegendő a változáshoz. Olykor azonban a megoldási kísérletet, amelyikről pedig már kiderült, hogy nem eredményes, a család mégis újra meg újra megpróbálja. Az ebből fakadó balsiker további nehézségekhez vezet, és egy tipikusan

körbenjáró folyamatot állít fel. Ez a *körkörös folyamat maga válik a problémává*:



Erre a folyamatra rengeteg példát lehetne hozni (pl. az alkoholista és családja). Watzlawick elemzése ahhoz a nagyon elegáns definícióhoz vezet, hogy *a terápiában a problémamegoldás feladata*: hozzá kell segíteni az egyént vagy a családot ahhoz, hogy a kudarcos megoldási kísérletekkel álljon le, és próbáljon meg valami egészen új megoldást, amely az önfenntartó káros kört aláássa.

6.2 Az első lépés: a vizsgálat

Némely terápiás módszer tipikusan részletes kikérdezőssel kezdődik, amikor is a problémát az adott terminusokban megfogalmazzák. A *kérdés arra szolgál, hogy rávilágítson a cselekmény interszónális folyamatára*. Tehát, ha arról van szó, hogy egy férfi depresszióssá vált, a kezelő jellemző példákat kér erre, és megkérdezi, mit mond és tesz a feleség akkor, amikor a férje depressziós. A kérdés fókusz a rendszerszerűsége van, koalíciók, diffúz vagy tiszta határok, problémátikus hierarchia stb. után kutat – aszerint, hogy az általa vitt terápiás iskola mit tart különlegesen fontosnak. Egyesek a viselkedési szinten, mások a családi értelmezési rendszernél időznek stb.

Más terapeuták inkább azzal töltik az időt, hogy feladatokat adnak a családoknak. Rendkívül nagy hangsúly van általában azon, ami az üléseken történik a családtagok között, s éppúgy annak meghallgatásán, mi zajlott az ülések közötti időszakban. Azt is el kell dönteni, vajon az ülésen mutatottak megegyeznek-e az otthon történetekről adott beszámolóval.

6.3 A terápiás folyamat: tudományos hipotézisalkotás

Minél akadémikusabb gondolkodású egy pszichológus, annál nehezebben látja meg elsőre, hogy az ilyen terápiákban rejlő folyamat kérlelhetetlenül tudományos. Egyértelmű, hogy a terápia valamennyi

formája kreativitást, alapvető emberi megértést és klinikai tapasztalatot igényel, de az interakcionális megközelítés rámutat arra, hogy ezeket egy nagyobb, precíz tudományos keretbe kell elhelyezni. *Mara Selvini-Palazzoli* és milánói csoportja különösen kihangsúlyozta, hogy minden új esetben rendkívül fontos egy olyan hipotézissal közelíteni, miszerint: *hogyan működik az adott család rendszerként*. Ez a hipotézis vezeti a terapeuta intervencióit, amelyek a család újfajta reagálásának kiváltását célozzák. Az újonnan megfigyelt reagálások alapján azután az eredeti hipotézist tovább lehet munkálni. Egy példa:

Az egyik családnál először úgy látszott, hogy a problémát a lázadó, részegeskedő tizenéves lány "okozza". A szülők amellet kardoskodtak, hogy "minden rendben lenne, ha annyira le tudna állni az ivással, hogy el tudjon menni otthonról". A megfigyelés arra utalt, hogy mindhárman úgy viselkednek, mint akik nem tudnak meg-egyezni arról, mit kellene tenni. Az apa úgy látta, a lány magányos, elhagyatott, depressziós – míg az anya szerint csupán erős kézzel kellene vele bánni. A lány és az apa jelentős időt töltöttek együtt, mivel az apának erre bőségesen volt ideje, a lány pedig munkanélküli volt. Az anya viszont egész nap távol otthonról dolgozott. A lány gúnyolódott az apjával, s amikor ez történt, az anya semmit sem tett, hogy megvédje. Ezen a ponton a megfigyelők szünetet tartottak, hogy felállítsák saját hipotézisüket az eddig látottakról. Három lehetőség merült fel, persze, ezek érintették egymást:

a) lehetséges, hogy az ivás célja az, hogy a lány és az apa között fenntartsion egy szorosabb kapcsolatot, elnapolja a lány elmenésének témáját, amely után az apának is másképp kellene beosztani az idejét. Ez azt is megengedi, hogy az anya legyen továbbra is a család kenyérkeresője;

b) konfliktus-elkerülő mechanizmusokról van szó: az anya és az apa gyenge párost képvisel, konfliktusban vannak egymással, és nem tudnak közösen dönteni. Könnyebb ezt úgy elkerülniük, hogyha az egyet nem értésük csak a lány ivása körül csap össze. A szülői alrendszer a lány nem tartja tiszteletben, az csak akkor erősödik meg, amikor a lányt illetően egyetértenek – a lány viszont figyelmet kap a szülőkötől;

c) a harmadik lehetőség, hogy a családi hatalmi struktúra van megzavarva. Az anya a kenyérkereső, ennek következtében az apa tekintélye elvesztését élheti meg. A lány gúnyolódása az apjával ezt megerősíti. Ugyanakkor a lány tünetei révén erősen kontrollálja a családot, és nagyon erős pozícióban van. Ugyanakkor a hatalom kérdését megkerülik azzal, hogy a "tünetekre" koncentrálnak.

Az ezután még tovább gyűjtött információk az első hipotézis mellett szóltak. Kitént, hogy az apa öccse hasonlóképp alkoholizált, és az apa

teljesen belebonyolódott a róla való gondolkodásba. A lány ivása ezt aktiválhatta. Felfedezve, hogy az apja erre nagyon érzékeny, ivásával az apja figyelmét, gondoskodását meg tudta nyerni. Ez arra irányította a kezelők figyelmét, hogy főleg az apa megoldási kísérleteire összpontosítsanak, és segítsenek neki, hogy eddigi konstrukciós rendszerében az öccsét és a lányát szét tudja választani.

Amint van valamilyen új információ, a terápiás folyamat kérdezési szakaszát vezérlő szisztémás hipotézist újraértékelik vagy finomítják. Mivel minden családi szituáció egyedi, a hipotézist úgy kell kialakítani, hogy az az adott eset valamennyi megismert tényét kielégítse. Ez az alapállás nagyon különbözik a szociálpszichiátria tételeitől, amelyek szerint az általános elveket nagyszámú esetből kell levonni. A terápiás ülésen keresünk ugyan szabályszerűségeket – ilyenek pl. a családi rendszer nyilvánvaló "szabályai" vagy a családi konstrukciók –, ezek azonban rendszerint olyan általánosítások, amelyek csak az adott személyekre, adott időben alkalmazhatók. Olykor persze ezek a szabályszerűségek más családokban is előfordulnak. A kifejlesztett hipotéziseket egy sorozat lehetséges "munkahipotézisként" kell tekintenünk. Ezeket a kezelő és a család folyamatos viszonyában teszteljük és revideáljuk.

6.4 Átfogalmazás és pozitív konnotáció

A legtöbb családterápiás iskola használja az *újradefiniálást*, a "reframing" módszerét. Amikor a család interakcionális szekvenciája kiderül, ennek a szekvenciának egy újfajta perspektíváját nyújtják a családnak, rendszerint egy olyan lehetőséget, amely a családtagokat szimpatikus, együttérző megvilágításba helyezi. Ez az igazán egyszerű technika viszonylag gyorsan vezethet nagyobb változásokhoz, még egészen extrém problémákban is. Pl. az egyik előbb említett családnál úgy értelmeztük újra a problémát, hogy a fiú bűnözése tulajdonképpen segíti a szülők házasságát. Ez a beavatkozás megakasztotta az addigi üresjáratokat, amelyekbe a család már belebonyolódott, valamennyi családtag viselkedését pozitív fényben tüntette fel (innen a pozitív konnotáció). Felszínesen nézve, ez elég mesterkéltnek látszik, de valójában gyakran mély igazságokról rántja le a leplet a családban. Egy házaspárnak, a fizikai erőszakig fajuló küzdelmét így olyan kísérletnek lehet definiálni, hogy "még sérülés kockáztatásával is közelebb akarnak kerülni egymáshoz". A módszer *alaptendenciája*, hogy lássuk meg az

emberi motiváció pozitív oldalait, valamint az, hogy az emberek gyakran megkönnyebbüléssel fogadják, amit megértenek.

Watzlawick (1974) az újradefiniálást "finom cizellálásnak" nevezte: a terápiában hamar kiderül, hogy az ügyetlen vagy alkalmatlan átfogalmazások elvadítják a családot. Az átfogalmazás olyan *megbeszélő folyamat*, amelynek során az típusosan a családban már létező, de még általuk elnyomott észlelésekből formálódik. Nem valami teljesen újat kell nyújtani a családnak, hanem inkább egy hangsúlyos kérdést valamiről, ami már létezik. A humor és az abszurd bizonyos elemeit gyakran alkalmazzák az átfogalmazásban, amint az Watzlawick már említett példájában (a zsémbelő-visszahúzódo házaspár) is történik:

A feleség viselkedését olyan módon lehetne átfogalmazni, hogy az egyrészt teljesen érthető reakció a férj megbüntető jellegű hallgatására, de másrészt, a feleség számára nagyon előnytelen is, mert külső szemlélők előtt a férjét fogja kedvező színben feltüntetni. Ez azért lesz így, mert minden ismerős stb. naívan a kettejük viselkedését fogja összehasonlítani, és azt fogja látni, hogy a férj nyugodt, minden estét békésen hazamegy stb. Ez a nagyon egyszerű átfogalmazás arra fogja készíteni a feleséget, hogy abbahagyja a férjének ezt a pienesztálra emelését. Abban a pillanatban azonban, hogy ezt teszi, a férj visszavonultsága is valószínűleg csökkenni fog, és semmi sem állhat a siker útjában. (Watzlawick 1974)

6.5 A "belátás" kérdése

Hagyományos, különösen analitikusan megalapozott terápiás iskolákban kifejezetten azon van a hangsúly, hogy megértsék a páciensek problémáját, és aztán jól belátható, szóbeli állításokban a tudomásukra hozzák. Más szóval, a terápia célja a belátás elérése. Az interaktív módszerben kezdő kollégák között nagyon általános, hogy elkezdnek magyarázni a családnak (pl. hogy a problémájuk rendszerjellegű, hogy koalíciókról van szó stb.) Ez azonban nagyon ritkán hatékony, a család rendszerint elkezd hevesen vitatkozni, vagy viccel ütök el a megfigyelések megértését. Amint azt már hangsúlyoztuk, a szisztémás folyamatok rendszerint *a tudatosság szintje alatt* zajlanak, és belátás erőltetése valakinek az interakciós hálózatában gyakran csak újabb problémává válik.

Nem azt mondjuk, hogy a belátás szükségképpen alkalmatlan. Arról van szó, hogy különbséget kell tegyünk az egyéni megközelítés (ami-

kor egy páciensnek segítünk, hogy értse meg magát és a családját) és a családterápia belátás-orientált aspektusa között (ahol az egész család számára együtt adódhat belátás). Előbbi esetben nagy a veszélye annak, hogy a belátást más családtagok elutasítják (vagy pl. a gyerekek alrendszere elfogadja, de a szülőké elutasítja, és viszont).

Érdekesebb kérdés a *pszichoanalitikus családterápia*. Vegyünk pl. egy apa és fia közötti konfliktust. Ez a módszer ekkor megpróbálja ezt tudatossá tenni és érzelmileg úgy átdolgozni, hogy egy új tudatosság jöjjön létre. A hangsúly és a belátás célpontja itt azonban nem azon van, hogy mi történik az emberek között a családban, mint rendszerben, hanem inkább azon, hogyan éreznek egymás iránt, és milyen események, traumák váltották ki ezeket az érzéseket. Az ilyen belátások azonban potenciálisan "bajkeverők", mivel a családot az erős pszichoanalitikus megjegyzések felzaklathatják. Megfontolandó az is, hogy a kezelő kijelentései veszélyeztethetik a szülők pozícióját, és azok felélsnek fogják érezni magukat pl. a lányuk anorexiája miatt. Más szavakkal, az ilyen megközelítés tipikusan inkább a lineáris, oknyomozó, s nem a cirkuláris problémalátást foglalja magában.

Az interaktív szemléletben a belátást, különösen az olyant, amely lineáris, ok-okozati összefüggésbe hozza valaki baját másvalaki viselkedésével, el kell kerülni. *Haley* (1976) az interaktív módszerről azt mondta, hogy az lényegében "udvarias terápia": inkább "aranyhidat" nyújt az embereknek, mintsem olyan helyzetet, ahol hibáikat a fejükbe verik. Pl. egy anorexiás családjában évekig azután kutatnak a szülők, "hol tettük rosszul?" Ez a sikertelen próbálkozás valószínűleg maga is a probléma részét képezi. Az átfogalmazás, "hol csinálták jól?" valószínűleg sokkal eredményesebb, ezzel a kezelő hasznosítani tudja a család meglévő tudását annak érdekében, hogy egy, mindenkit pozitív színbe helyező átfogó megértéshez jussanak.

6.6 Újrastrukturálás

A *családi struktúrát átalakító megközelítésben* a hangsúly a családi rendszer határain, koalícióin és más, diádikus és triádikus mintákon van. Vegyük azt az esetet, ahol az anya nagyon összefonódik az anorexiás lányával, az apa viszont kívül marad. Itt az apa kaphatja azt a feladatot, hogy foglalkozzon vagy felügyeljen a lány étkezéseire, mialatt az anya a kisebbik lánnyal sétálni megy. A család átstrukturálása könnyűnek hangzik, a gyakorlatban kemény feladat. Ha a kívánt változás túl nagy,

a rendszer természetes homeosztázisa működésbe lép, és a feladatot nem fogják megcsinálni. A kezelőnek meg kell tanulnia, hogyan tudja ezt jóelőre felmérni. Sokat segíthet ebben (is), ha megtanulja elfogadni a család saját felvetéseit az adott problémáról, és rátanul arra, hogyan tudja a család saját elképzeléseit felhasználni. Tanácsot adni nagyon könnyű – ez biztos "módszer" arra, hogyan lehet az addigi interaktív folyamatokat megóvni a változástól. Ezt a hibát az élő szupervízió használatával lehet a legbiztosabban elkerülni.

6.7 A paradox intervenció

Különösen érdekes, hatékony technikákat fejlesztett ki a paradox intervencióként ismert módszer. Itt a családot úgy instruálják, hogy ne próbáljon meg semmi változtatást, hanem folytassa ugyanúgy, ugyanazt, mint addig. Ez paradoxon: a változás érdekében jelentkező személy olyan utasítást kap, hogy ne változzon. Pl. egy házaspárnál, akik azt panaszojják, hogy nem tudnak szexuálisan együtt lenni, a kezelő megtilt minden fizikai kontaktust. Másik példa: ha az anya és a lánya titkos koalícióban van, megkérik őket, hogy minden este fél órát nyíltan töltsenek együtt, és tervezzék meg, hogy mit csinálnak a férj alkoholizmusával.

Megfelelően alkalmazva, az ilyen beavatkozások igen hatékonyak. Ami eddig lényegében "spontán" viselkedés volt, azt most a kezelő kérésére "szándékosan" kell tegyék. A paradox utasítás azonban mégsem manipuláció, inkább *a kezelő közlést tartalmazó olyan kérése, amely passzol a családhoz*. Amikor egy család terápiába jön, burkolt formában azt közli, hogy változást szeretne, és a befolyásolásnak szóló elutasítást ez az első üzenet lehetetlenné teszi.

A közlésbeli paradoxon arra a megfontolásra támaszkodik, hogy a közlés egyik része meghatározhatja a közlés másik részletének jelentését. A metakommunikáció (a közlésről szóló közlés) ezért egy megelőző közlésnek új jelentést, "csavart" adhat. Paradoxonról van szó, ha a közlés két része ellentmond egymásnak. *Terápiás helyzetben csak akkor lehet alkalmazni, ha pozitív kicsengése van*. A családra egészen drámai hatással lehet. A szex mellőzésére kért pár megszabadul attól, hogy állandóan a sikertelen kontaktussal kísérletezzon; helyreállhat mindkettejük spontaneitása. A másik példában a titkos koalíció lényege változik meg azzal, hogy megkérik őket a "titkos" megbeszélésre.

A paradoxonnak egy másik nagyon fontos tulajdonsága, hogy magában foglalja azt a keleti technikát, hogy *a nem-cselekvés is cselekvés*. A pár most "szándékosan választhatja" az együttlét elmaradását, míg korábban a sikertelen szexet mindig úgy kellett megélni, mint olyasmit, amit nem tudnak kontrollálni. Így tehát, a korábban már említett konstrukciós elmélet szerint a paradoxon nyilvánvalóvá teszi, hogy *minden akciónak két végpontja van*: megtenni vagy tartózkodni annak megtételétől. Amikor ezek az intervenciók jól sikerülnek, a család, rendszerint már a következő ülésen arról számol be, hogy javulás van, de nem tudják, mitől. Ez a fajta változás emlékeztet a "természetes" változásra, amelyben szintén kevés tudatos elem fordul elő.

6.8 A közvetlen (élő) szupervízió

Az interaktív módszer lényeges vonása, hogy a terápiát egy csoport végzi. Együtt tervezik meg a terápiás stratégiát és követik a folyamatot. Rendszerint egy vagy két kezelő van közvetlenül a családdal, a többiek szerepe pedig a kezelők megfigyelése és támogatása. Az egyirányú tükrön keresztül történő figyelésen kívül módjuk van telefonon vagy másképpen is instruálni is a kezelőt.

Ez az élő szupervízió nem csupán járuléka a módszernek, hanem alapvető része. A család rendkívül bonyolult és erősen sodró rendszer. Kezdő terapeuták nagyon hamar *a rendszer foglyaivá válhatnak*, ezt általában a terápia megrekedése jelzi. A figyelő team segíthet abban, hogy a kezelő neutralitása ne vesszen el.

A neutralitás alapvető vonása a szisztémás megközelítésnek, a többiek segítségével nélkül ezt nagyon nehéz elérni. Némelyek, mint pl. Minuchin, szándékosan állnak egy-egy családtag mellé, ez azonban nagyon más, mint amikor ezt a kezelő akaratlanul teszi, vagy ignorál valakit a családból. Természetesen, a figyelők szerepe nem az, hogy a családdal dolgozó kezelőből robotot csináljanak, hanem elsősorban az, hogy megfigyeljék a kezelő és a család közötti kapcsolatokat, azért, hogy ezt aztán a kezelő újfent hasznosítani tudja. Úgy is tekinthető ez a kérdés, hogy a kezelővel együtt a család már nem az eredeti rendszert képezi, hanem egy újabbat: a kezelő és a család rendszert. Segítői hivatásban dolgozók gyakran nem veszik észre ezeket a veszélyeket, és mélyen involválódnak a családba: létrejön a "család és segítője" (mondanunk sem kell, már egyáltalán nem terápiás) rendszer.

Az élő szupervízió jelentősége abban is megmutatkozik, hogy még "mesterek" is követhetnek el elemi hibákat. Fontos *alapállás*, hogy a "hibákat" *olybá kell tekinteni, mint egy folyamat állandó finomításához, korrekciójához szükséges eseményeket*. Ez nem jelenti azt, hogy a család "kísérleti nyúl". Éppen az ellenkezője az igaz, mivel a szupervíziós team észreveheti és helyrehozhatja a hibákat. Minden esetben kell azonban a család engedélye, mivel az ő szempontjukból a terápia ezáltal a privátszféra helyett publikussá válik.

6.9 Privát vagy nyilvános?

Az interaktív módszer tehát "nyilvános", ez gyökeresen különbözik az analitikus helyzettől, de még a csoportterápiától is. Ez a nyilvánosság azt is jelenti, hogy a kezelő lépéseit megvitatják, a terápiás folyamat kevésbé szubjektív, a kimenetel pedig jobban értékelhető. Ebben a vonatkozásban érdekes *Haley* történeti áttekintése (1980), aki hangsúlyozta, hogy a legrégebbi terápiás formák (nevezetesen a hipnoterápia) nyilvánosan, közönség előtt zajlottak, s csak a pszichoanalízissel vette kezdetét, hogy a páciens és a terapeuta közötti folyamat ennyire priváttá vált.

6.10 Egy esettanulmány

Az anya, az apa és pszichiátriai osztályon kezelt fiúk, John jött kezelésbe. A fiú, Nepálban töltött idő után, mely idő alatt, a beszámolója szerint hallucinált is, elég különös és provokatív módon viselkedett. A kórházi orvos korai skizofréniára gondolt. A szülők nagyon aggódtak, mivel a fiú korábbi barátnőjének szülei panaszkodtak bizonyos, tőle kapott levelekre, amelyek szerintük erősen kifogásolhatóak voltak.

Az első interjú az anya és John titkos koalícióját sejtette az apával szemben. Az apa hivatásos kutató, tudós, eléggé nagyképű és dagályos, az anya dühös volt, ha ő megszólalt. A team hipotézise az volt, a család azért került krízisbe, mert a fiú és az anya meghítt kapcsolatát veszélyeztette az, hogy a fiú elhagyja a családot, és akkor ottmarad a pár, amely már évek óta egészen távol került egymástól. Ezt a veszélyt tovább fokozta az idősebb fiú, Malcolm tervezett házassága. (A családban volt még egy fiatalabb hűg is, akinek a szerepére később visszatérünk.)

Megbeszéléskor a következő intervenció mellett döntöttek:

a) A családnak azt mondják, John problémája azokkal a nehézségekkel függ össze, hogy egy ilyen korú fiú már elhagyja a családot, megtanul függetlenül élni és intim kapcsolatokat teremteni. Ez minden család számára nehéz időszak, és különösen nehéz annál a fiatalnál, aki olyan dolgok iránt érdeklődik, mint a buddhizmus, drogokkal is próbálkozik, a filozófiája pedig militánsan ellentétben van a szüleiével.

b) Megmagyarázzák, hogy egy ilyen korú fiatalnak mind az anyjára, mind az apjára szüksége van, hogy megbeszélje velük nehézségeit. Az anya érzelmi közelséget nyújthat, és azt a biztonságot, hogy szabadon kísérletezhessen új dolgokkal, mégha olykor elég különös módon is. Az apa pedig a távolságot adja és a siker modelljét képezheti. Mindkét megközelítést egymástól külön, de egymáshoz illeszkedve kellene tartani. Arra kell ösztönözni őket, hogy folytassák ezt a munkát és fáradozásuk ki fog fizetődni. (Ez a két intervenció átfogalmazás.) Ők azzal segíthetnék elő a helyzet normalizálódását, ha feladnák az eddigi, eredménytelen megoldási kísérleteket, s ezek között a skizofrénia címkéjét is. Foglalkozzanak az anya és a fiú közötti kapcsolattal, a házassági nehézségeiket pedig valamilyen pozitív megfogalmazással értékeljék át. Segítsék fellazítani az apa valamelyest távolságtartó, és az anya túlzottan bevonódó pozícióját.

c) A kezelő kérje meg a szülőket, hogy ne lépjenek többet kapcsolatba John volt barátnőjének családjával. Őket majd a terapeuta fogja megkeresni személyesen. Másnap telefonon részletesen átbeszélik a fiú és a barátnő közötti kapcsolatot. A magyarázat valami ahhoz hasonló lesz, mint az a) pontban leírtak. Végül meg kell őket kérni, hogy bármilyen további zavarról telefonon számoljanak be a terapeutának. (Ez azt célozta, hogy a John—barátnő—a barátnő szülei—John szülei—John közötti bonyolult, körkörös kommunikációs láncot megszakítsák.)

A következő alkalommal arról számoltak be, hogy csak egy "nagyon kis zavar" volt; bár aggódtak John életmódja miatt (akkor éppen egy birminghami hippiközösségben élt egy "alig" lakásban. Az anya meglátogatta ott, és megpróbált rendet tenni nála. Volt még egy fontos változás, az idősebb fiú megnősült, s most elcsodálkozva idéztek fel egy eseményt, amikor "John vörös holmokban ugrált a szoba közepén", majd rögtön kiderült, hogy ezeket a vörös holmikat az anya adta Johnnak. Intervencióként az első ülésen elmondott értelmezéseket erő-

sítették meg, hozzátéve azt a figyelmeztetést, hogy ilyen nehézségek-nél visszaesések előfordulhatnak, és érezhetik esetleg azt, hogy dupla olyan rossz a helyzet. Ha nem ragadnak bele egy ilyen állapotba, visszajöhetnek egy újabb alkalomra. (Ebben a közelítésben a vissza-esésre való figyelmeztetés szokványos technika. Ezzel a terápiás kontextus a visszaesés esetére is kiterjed, és megváltoztatja azoknak a reakcióknak az olvasatát, amelyek visszaesést válthatnak ki – ilyenek a túlzott szorongás, pesszimizmus, félelmek. Voltaképpen a relapszus megelőzéséről van szó.)

Egy évvel később az anya újabb időpontért telefonált. A szülőket arra kérték, hogy Johnnal és a húgával, Beryllyel jöjjenek. John azóta hazatért, és éppen fokozódó mértékben fáradt és inaktív lett, nem tudott koncentrálni, s a szülők ismét a skizofrénia miatt aggódtak. Beryl beszámolt arról, hogy a bátyja gyakran úgy néz ki, mint egy ötéves gyerek, egy bizonyos gyerekes kifejezést felöltve. John arcán megjelent egy mosoly, mialatt a húga beszélt. Az anya nagy gonddal adta elő John lányokhoz fűződő kapcsolatainak szex vonatkozásait. Ezen és a következő ülésen is az egész család jókedvű volt és nevetgélt, különösen az apa szarkasztikus megjegyzésein a terapeutára és az egyirányú tükörrre vonatkozóan. Voltaképpen nagyon nehéz volt a kérdezést végigvinni, mivel a család inkább elütötte a kérdéseket, ahelyett, hogy válaszolt volna azokra. Ez gyakori minta azoknál a családoknál, akik azt akarják demonstrálni, hogy egyik tagjuk skizofrén, nagyon nehéz emiatt együtt dolgozni velük. A további munka előtt szükségesnek látszott valamit kezdeni ezzel a problémával. A többiekkel való megbeszélés után a kezelő visszament a családhoz, és azt mondta, hogy van valami, ami miatt meg akarja dícsérni a családot – ez pedig a humorérzékük. Nagyon fontos, hogy bármilyen helyzetben megmaradjon a humorérzékük, és különösen fontos ez ebben a szituációban, amikor fájdalmasan alkalmazkodniuk kell ahhoz, hogy a gyerekek elhagyják a családi fészket. Ez a terápia fontos fordulópontjának bizonyult.

A család négy további alkalommal jött el, ezalatt John fokozatosan egyre aktívabbá vált, és elkezdett eljárni a barátokkal, társadalmi munkában dolgozott, és teljes állású munkát keresett. A következő ülésre a család elhagyta a humorral való védekezést, és realista módon kezdett viszonyulni. A kezelés alatt a terapeuta különböző kombinációkban találkozott a családdal, egyre többet interjúzott külön Johnnal, ezáltal

segített abban, hogy egyértelműbb generációs határok alakuljanak, és elkezdte megbeszélni a szülőkkel a házassági problémáikat. Az írás idején (3 hónappal később) John rendben haladt.

Ez az eset jó példa az eddigiekben bemutatott interaktív megközelítésre. Nemcsak pszichiátriai, hanem szociális problémák (mint bűnözés, gyermekek kínzása, időskori problémák, veszteség és válás) esetében is alkalmazható. Nyitott kérdés marad, hogy vajon a skizofrénia csak organikus vagy biokémiai alapon értelmezhető (amint azt a legtöbb pszichiáter teszi), vagy megérthető interakcionális magyarázatok alapján is, mint *Haley*, *Bateson* vagy *Palazzoli* szerint.

7. Záró megjegyzések

Végezetül tekintsük át az interaktív módszer bizonyos vonatkozásait.

Ennek az elméleti megközelítésnek egyetlen problematikus területe van, mégpedig az, hogy az 1. fejezetben körvonalazott rendszerszemlélet lényegében inkább a stabilitás, mint a változás és a fejlődés elmélete. Erre a problémára nem elegendő annyit válaszolni, hogy a rendszerszemlélet éppúgy alkalmazható a "beteg", mint a "normál" családi folyamatokra.

Az 1. fejezetben bevezettünk egy kulcsfogalmat: ez a *homeosztázis* fogalma. Röviden annyit jelent, hogy a családtagok valamiképpen úgy viselkednek, hogy ellenálljanak a környezet okozta változásoknak. De hogyan, és miért jelentkezik ez az ellenállás? Biológiai rendszereknél a homeosztázis jelensége miatt, amely az evolúció folyamán alakult ki. A fejlődés témája azonban a rendszerszemlélet esetében problematikus.

Nagy figyelmet kapott *Bateson* nézete (1972) arról, hogy a családot *ökoszisztémához lehet hasonlítani* (*Keeney* 1979). Ökoszisztéma (ökológiai rendszer) alatt azt lehet érteni, hogy az folyamatosan változik és fejlődik, de ugyanakkor fenntartja a koherencia állapotát is azáltal, hogy a különböző részeiben létrejövő változások "illeszkednek" az egészhez. Ebből a perspektívából a terápiába érkező családot olyan organikus egésznek lehet tartani, amelynek sajátos koherenciája a tünetet is magában foglalja. *A rendszer koherenciája és a koherenciában foglalt tünet ellenáll minden környezeti kísérletnek, amely változást okozna.* Az ökoszisztéma fogalma tehát sok ellentmondást felold az elmélet körül.

Használtuk a konstrukciós elméletet is, amely a családot egy kölcsönösen elfogadott konstrukciós rendszer köré szervezett egységnek tekinti. A homeosztázis adott keretein belül számtalan lehetőség van a környezeti változásokra való reagálásra, a valóban megkísérelt megoldásokat azonban a közös konstrukciós rendszer kényszeríti ki. Ebből a szempontból tehát a terápia feladata egy olyan kreatív folyamat beindítása, amelynek végeredménye az az *új organizáció, amely már nem foglalja magában a tünetet*. Ez a reorganizációs folyamat tehát eléggé különbözik más megközelítésektől, ahol a részleges változás az elérendő cél (mint mondjuk, a behavior-terápiában).

Végül emeljük ki azt, hogy bár itt a családi folyamatokra összpontosítottunk, a rendszerszemlélet bármilyen szociális szituációra alkalmazható, tehát csoportfolyamatokra, szervezetekre is, forduljanak elő azok bárhol az élet különféle területein. Nem szabad azonban ezeket az alkalmazásokat összekeverni a családterápiás irodalomból származó következtetésekkel (az egyik újabb kutatás *Selvini-Palazzolitól* származik, azoknak a pszichológusoknak a problémáiról, akik valamely szervezetben – iskolákban vagy az iparban – kísérlék meg változás létrehozását.)

IRODALOM

- BATESON, G. (1972) Steps to an Ecology of Mind, N.Y. Ballantine.
 HALEY, J. (1973) Uncommon Therapy, N.Y. & London, Norton.
 HALEY, J. (1976) Problem Solving Therapy, San Franc. Jossey Bass.
 BANNISTER, D., BOTT, M. (1974) Evaluating the person, in: Kline, P. (ed.) New Approaches to Psychological Measurement, Wiley, London.
 BATESON, G. (1979) Mind and Nature, New York, Dutton.
 DELL, P. F. (1982) Beyond homeostasis: toward a concept of coherence. Fam. Proc. vol. 21, no. 1, pp. 21-41.
 HALEY, J. (1959) The family of the schizophrenic: a model system. J. Nerv. Ment. Dis. vol. 129, pp. 357-74.
 HALEY, J. (1967) Towards a theory of pathological systems, in: Family Therapy and Disturbed Families, Palo Alto, Calif.
 HALEY, J. (1980) Leaving Home, New York, McGraw-Hill.
 HOFFMAN, L. (1981) Foundations of Family Therapy, N.Y. Basic Books.
 JACKSON, D. (1957) The question of family homeostasis. Psychiatry, Quart. Suppl. vol. 31, pp. 79-90.
 JACKSON, D. (1965) Family rules: marital quid pro quo. Arch. General Psychiatry, vol. 12, pp. 589-94.
 MURPHY, J. et al. (eds) (1984) Dialogues and Debates in Social Psychology, London, Lawrence Erlbaum.
 KEENEY, B. (1979) Ecosystemic epistemology: an alternative paradigm for diagnosis. Fam. Proc. vol. 18, no. 2, pp. 117-29.
 KELLY, G. A. (1955) The Psychology of Personal Constructs, New York & London, Norton.

- MADANES, C. (1981) *Strategic Family Therapy*, San Fr. Jossey Bass.
- MINUCHIN, S. (1974) *Families and Family Therapy*, Harv. Univ. Press.
- PROCTER, H. G. (1980) Family construct psychology, in: Walrond-Skinner, S. (ed.) *Developments in Family Therapy*, London, Routledge
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, J. (1978) *Paradox and Counter-paradox*, New York, Jason Aronson.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, J. (1980) Hypothesizing - circularity - neutrality: three guidelines. *Fam. Proc.* 19:3-12.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. (1978) *Self-starvation*, N.Y. Jason Aronson
- STEVENS, R. (1983) *Freud and Psychoanalysis*, M. Keynes, Open Univ.
- WATZLAWICK, P. (1964) *An Anthology of Human Communication*, Palo Alto, Calif. Science and Behaviour Books.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. (1977) *The Interactional View*, London.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. (1974) *Change*, N.Y. & London, Norton.

Hipotézis-készítés, cirkularitás és neutralitás: a családterápiás ülés vezetésének három vezérelve

M. Selvini-Palazzoli, L. Boscolo, G. Cecchin és G. Prata

Ez a dolgozat a szerzők azon kutatási eredményeit foglalja össze, amelyekre a családi interjúk lebonyolításának megfigyelése során bukkantak. A vizsgálat az interjúkészítés hatékony elveinek és módszereinek kidolgozására irányult.

Három alapvető elvről lesz szó: a *hipotézis-készítésről*, a *rendszer szemléletről* (cirkularitás) és a *terapeuta semleges alapállásáról*; ezen fogalmak definíciójáról, részletes megbeszéléséről és alkalmazásuk gyakorlati példáiról. Mindhárom alapelvnek az a célja, hogy segítse a terapeutát a család "stimulálásában": azaz, hogyan lehet elérni, hogy a család megadja azokat az értékes információkat, amelyek nélkülözhetetlenek a megfelelő terápiás munkához.

A családi interjú leghatékonyabb módszereinek keresése mostanában (1980-ból származik a cikk. A szerk.) előtérbe került. A *Paradox and Counterparadox* c. könyvünk olvasói láthatták, hogyan sikerült egy hatásos beavatkozással az ülést kimozdítani a holtpontról – az olvasó azonban nyugodtan megkérdesheti, hogyan tudtak rátalálni éppen ezekre a beavatkozásokra?

A *Paradox and Counterparadox* első kiadása után (Olaszország, 1975) a szerzők figyelmüket és erőfeszítéseiket ennek a kérdésnek a megválaszolására irányították, az interjú vezetésének bizonyos alapelveit akarták kidolgozni. Ehhez el kellett utasítsanak néhány, fogalmilag tisztázatlan sztereotípiát, amelyek az évtizedek során az egyik szakmai generációról a másikra hagyományozódtak a családterápiában. Haszontalan berögzödésekről és megfoghatatlan tulajdonságokról van szó, mint "a terapeuta intuíciója, karizmatikus volta, tudatossága" stb. Mit takarnak ezek az egyéni tulajdonságok, amelyek nem pontosíthatók és nem taníthatók.

Néhány évi munkával sikerült az alábbiakban részletesen kifejtett interjú alapelveket kialakítani.

Hipotézis-készítés

Ez alatt azt értjük, hogy a terapeuta a meginterjúvult családtól nyert információk alapján megfogalmaz egy hipotézist. Ez aztán részint kiindulópontul szolgál, részint pedig a gyakorlat alapján érvényessége megvizsgálható. Amennyiben hamisnak bizonyul, a terapeutának egy második hipotézist kell kidolgoznia, amelyben már benne vannak az első feltevés tesztelése során nyert információk. Nem szabad elfelejtenünk, hogy a családterápiás ülés kezdetekor a terapeuta már bizonyos mennyiségű információval rendelkezik a családról. A milánói Család-gondozó Központ gyakorlata szerint már az első ülés előtt rendelkezésre áll bizonyos minimális mennyiségű adat, amelyek az első, iniciális kapcsolatfelvétel során a családtól, vagy akár a küldő orvostól származnak. A terapeutának még az ettől eltérő szituációkban is mindig van némi információja, amelyre a kezdeti hipotézist ráépíti. Lásunk most erre egy példát.

Nemrégiben meghívtak bennünket egy családterápiára szakosodott intézménybe a célból, tartsunk ott élő bemutatót arról, hogy milyen stílusban foglalkozunk mi a családokkal. Az első ülést egy két tagú kiscsaláddal tartottuk, az anya 37 éves, elvált asszony volt, a fia pedig 13 éves. Az első kontaktusból elég kevés információ adódott, mégpedig; az anya telefonált néhány hónappal korábban, a nyári szünidő kezdetén egy este, hogy a fiával kapcsolatban kérjen tanácsot. A fiú, az anyja szerint, nehezen kezelhető, lázadó és bűnöző viselkedésre hajlamos (anyjától pénzt lopott).

Ennek a parányi információnak az alapján csoportunk a következő hipotézist állította fel a szokásos, ülés előtti megbeszéléskor: a fiú viselkedése egyfajta módja annak, hogy megpróbálja visszatéríteni az apát a családhoz. Ennek a hipotézisnek megfelelően azt határoztuk el, hogy kevés időt fordítunk az anya panaszainak a meghallgatására (a fiú rossz viselkedéséről), s inkább arra összpontosítunk, hogy vajon milyen mindkettejük viszonya a hiányzó apához. Az interjú során hipotézisünk elég hamar "megcáfolódott", de képesek voltunk arra, hogy egy másik felvetést fogalmazzunk meg: az anya vonzó, bájos nő,

aki valószínűleg oly sok év után találkozott az "igazival", és a fiú inkább féltékenységet és dühét mutatja ki rossz viselkedésével.

Ez a második hipotézis helyesnek bizonyult.

Az előző hónapokban az anya egy barátjával randevúztatott. Mi alatt ezt nekünk mesélte, az eddig nyugodtan viselkedő fiú hirtelen nyugtalanná vált és majdnem elsírta magát. Megkérdezve, azt mondta: "Anya már nem a régi velem szemben – teljesen bezárkózott önmagába – egyszerűen nem figyel rám úgy, mint régen..." A fiú utat engedett bánatának, az anya pedig csendben maradt, megzavarodottnak és némileg büntudatosnak látszott. Ennek az ülésnek a terápiás konklúziója most már világos volt valamennyiünk számára, mind az anya, mind a fiú szempontjából. Mindkettőjükben gyúlt a fájdalom, és sok szenvedés várt rájuk a közeljövőben. Időre van szükségük, hogy elfogadják az elválás bekövetkezését anélkül, hogy elhagyatottnak vagy bűnösnek éreznék magukat.

Ez a példa jól rávilágít arra, hogy a terapeuták által felállított két hipotézis és az igazolásuk érdekében feltett kérdések hogyan vezetnek el ahhoz a lényeges információhoz, amelynek alapján meg lehet választani a terápiás beavatkozást. Ezek után mit értünk valójában hipotézis alatt?

A hipotézis általános definíciója

A hipotézis a görög eredetiben azt jelenti, "ami mögötte van". Az Oxford Dictionary szerint: a vizsgálódás kiindulópontja, olyan feltételezés, amely az érvelés alapjául szolgál, függetlenül annak igazságtartalmától. A kísérletes tudomány terminológiájában a hipotézis azon nem bizonyított feltételezés, amelyet próbaképpen elfogadunk, hogy alapul szolgáljon további vizsgálódások számára, s amelyből igazolás vagy elutasítás nyerhető. A családi interjú során a terapeuta által kialakított hipotézis tevékenysége vezérfonalául szolgál, lényegében kísérleti munka. A "mért" adatok az azonnali visszacsatolásból származnak (verbális és nem verbális), de van késleltetett visszacsatolás is: a terapeuta által az ülés végén adott előírásokra való reagálás. Mindezek együtt elősegítik annak a magyarázatnak a további igazolását, amely addig a leginkább meggyőzőnek látszott.

Mint tudjuk, a klasszikus kísérlet három fázist tartalmaz: (1) megfigyelés, (2) a hipotézis felállítása és (3) a kísérlet maga. A legnagyobb erőfeszítést a második fázis követeli: ekkor kell rendezni agyunkban

az összegyűjtött megfigyeléseket, egy hipotézisben összefoglalni a tapasztalati tények halmazát. Nyilvánvaló az, hogy egy kutatás brilliáns volta (vagy annak hiánya) a hipotézis kialakításán áll vagy bukik.

A hipotézis értéke általában *funkcionális*. A hipotézis, mint olyan, soha nem igaz vagy hamis, hanem inkább többé vagy kevésbé hasznos. Még egy hamisnak bizonyuló hipotézis is olyan információkkal szolgál, amelyek kizárnak bizonyos további, addig a pontig lehetségesnek tűnő variánsokat. Éppen eme funkciója az, amely miatt központi helyet foglal el a vizsgálati munkában.

Összefoglalva tehát a hipotézis lényege az, hogy vezérfonalként szolgál, amelynek révén új információk alapozhatók meg, ezek alapján viszont a korábbi vezérfonal megerősíthető, elutasítható vagy módosítható.

A hipotézis funkcionális értéke a családi interjúban

Amit a fenti mondat lényegében jelent: a hipotézis *megléte garancia* arra, hogy a terapeuta tevékenysége a kapcsolati sémák kinyitását fogja szolgálni. Nagyon valószínű ugyanis, hogy ezeket a mintákat a terapeuta aktív viselkedése provokálja ki és hozza a felszínre. Ha a kezelő passzívan, inkább megfigyelőként viselkedik, és működése nem mozgósító jellegű, akkor az történne, hogy a család, alkalmazkodva a saját oksági magyarázatrendszeréhez, a saját forgatókönyve bélyegét nyomná rá a dologra (különösen az "örült" és a "bűnös" személyének kijelölésében), ez pedig semmilyen információt sem eredményezne a terapeuta számára.

Hipotézis, információ és negatív entrópia

Bateson egyik munkájában (1972) arról beszél, hogy törvénytzerűen "számtalanul sok lehetséges út van, úgyhogy a dolgok mindig a rendetlenség és a keveredés felé haladnak".

Ha ezt az általános jelentésű állítást a családterápiás ülés korlátozott körülményeire alkalmazzuk, az ottani tapasztalat is megerősíti érvényességét. A hipotézisekre alapozott aktivitás nélkül a családterápiás ülés nagymértékben elhajlana a rendetlenség felé, minden összekavarodna.

Mit értünk pontosan a rendetlenség kifejezés alatt? Talán *Schafroth* (1960) adta meg a legtisztább definíciót:

“A rendetlenség meghatározása voltaképpen nem is olyan egyértelmű. Vannak tudósok, akiknek az a furcsa szokásuk, hogy rengeteg könyvet és folyóiratot halmoznak fel az asztalukon, mégis mindig tudják, hogyan találhatnak meg benne egy adott dolgot. Ha valaki akkurátus rendet csinál egy ilyen asztalon, a szerencsétlen tulajdonos képtelen lesz bármit is megtalálni. Ebben az esetben nyilvánvaló, hogy a látszólagos rendetlenség valójában rend, és viszont. Könnyen belátható, hogy ebben az értelemben az asztalon levő rend azzal az információval mérhető, amennyivel a tulajdonos rendelkezik. Ez a példa illusztrálja, hogy ha pontosabban akarjuk definiálni a rendetlenség fogalmát, vissza kell térnünk az ‘információ hiánya’ kifejezéshez.”

Egy rendszer “rendetlensége”, azaz szervezetlensége, mintahiánya vagy furcsasága úgy is értelmezhető, mint annak entrópiája. Az entrópia csökkenését vagy növekedését az információ mennyiségével mérhetjük. *Wiener* és *Shannon* írta le, hogy a negatív entrópia ugyanaz, mint *Schrödinger* (1967) negentrópiának nevezett fogalma. *Wiener* igazolta is, hogy az információ és a negentrópia egymással azonos fogalmak.

Mindamellet *De Beauregard* (1961) később pontosabban is megfogalmazta a negatív entrópia és az információ közötti összefüggést. Az alábbi megfogalmazásai elősegítik megértésünket:

“A kibernetika a negentrópia és az információ definiálásához vezetett, mégpedig úgy, hogy a kölcsönös átváltás lehetőségét is jelezte: negentrópia $\leftrightarrow$ információ.

Meg kell jegyezzük, hogy az információ szó jelentése nem azonos mindkét irányban: az egyik irányú átváltás során (negentrópia $\rightarrow$ információ) az információ a tudás összegyűjtését jelenti, míg a fordított irányban (negentrópia $\leftarrow$ információ) az információ a szervezeti hatalmat jelenti.”

A hipotézis rendszerezettsége

Ennek kihangsúlyozása azt jelenti, hogy a hipotézisnek a családi élet minden összetevőjét tartalmaznia kell, feltevésünknek a teljes kapcsolatrendszerre érvényesnek kell lennie. Lássunk erre egy példát:

Egy anya felhívta a központunkat és konzultációt kért. Hattagú milánói munkáscsalád, külvárosban laknak. A szülők 50 év körüliek. A 20 éves fiú, Paolino, szerelő, a 17 éves lányuk, Francesca pedig nemrég szerezte meg a titkárnői végzettséget, éppen munkát keres, a legkisebb Stephano 12 éves, iskolás. A páciensnek jelzett gyermek Regina, 14 éves.

Regina, aki születése óta vak, 4 éves kora körül olyan pszichotikus tüneteket kezdett produkálni, ami később megakadályozta, hogy a helyi vakok iskolájába járjon. Ezért 6 éves korában beadták egy középolaszországi intézetbe, amely pszichotikus, szervi beteg, retardált és hátrányos helyzetű gyermekek közös iskolája. A hosszú utazás ellenére az anya majdnem minden hónapban meglátogatta Reginát, hazavitte karácsonyra és a nyári szünetre is. Ezek az időszakok azonban a család életében valóságos poklot jelentettek.

A múlt nyáron Regina, akinek még mindig voltak pszichotikus tünetei, nagyon ragaszkodni kezdett édesanyjához és soha többé nem akarta őt elhagyni. Az intézetben semmi előrehaladást nem mutatott, a kezdeti jobb kontaktus után fokozatosan elszigetelődött, a legutóbbi nyári szünet óta pedig egyfajta "negativizmusba" burkolózott. Az anya egyik látogatása során az intézet pszichológusa vélhetően arra bízta az anyát, hogy Reginát tovább tartsa otthon, és egyben megadta az anyának központunk címét is. Az anya sem a pszichológus nevét nem tudta, sem azt, hogy miért javasolta az a mi központunkat. Mindennek ellenére a következő határozott kívánsággal állt elő: "Ha eljövünk, el kell dönteni, hogy mi jobb Reginának: ha az intézetben marad, vagy ha hazajön velünk".

A telefonkapcsolat idején tehát ennyi információ állt rendelkezésre. A karácsonyi szünetre beszéltük meg a találkozót, amikor Regina otthon lesz. Az ülést megelőző megbeszélésen áttekintettük az adatokból kialakított képet és megfelelő hipotézis kialakítása érdekében megtárgyaltuk az eddig nyert információkat.

Az alapkérdés az volt, hogy milyen rendszer működteti azt a játékot, amely szerint Regina vissza akar térni a családjához, miközben pszichotikus állapota változatlanul fennáll a sok éves kezelés ellenére. És még valami: miféle változás történhetett az intézet hozzáállásában (melyet az ismeretlen pszichológus képviselt, aki a családnak tanácsot adott)? Hogyan függ ez össze a családi hozzáállás változásával, amely hirtelen felteszi a drámai kérdést: "Jobb lesz-e Reginának, ha hazatér hozzánk?"

A két alrendszer figyelembevételével, két különböző motiváció keverékből kialakított hipotézisben állapodtunk meg. Az egyik volt az intézet maga. Abban az időben Olaszországban dúlt az ideológiai vita, a szociálpolitika területén intézetellenes volt a hangulat, az irányadó meggyőződés pedig az volt, hogy a családba való visszatérés mindig a legjobb megoldás. Mindamellet az volt a véleményünk, hogy nem lenne helyes az intézet merev elutasítása, csak azért, mert az nem esik

egybe a családszisztéma éppen változóban lévő, akkori elképzeléseivel.

Nagyon fontos volt, hogy ennek a veszélynek a természetét hipotézissé tudjuk alakítani. A családi adattáblázatból tudjuk, hogy Reginának két idősebb testvére van, a 20 éves Paolino, aki már dolgozik és a 17 éves Francesca, aki befejezte az iskolát és éppen munkát keres, s ez a lépés végképp függetlenné teszi a családtól. Ebben a pillanatban Regina visszatérése a családhoz lehet a legbiztosabb módja annak, hogy biztosítsa a csoport kohézióját. Regina állandó gondoskodást és figyelmet igényel vaksága miatt, nem is beszélve a pszichotikus viselkedéséről. Francesca valószínűleg fel kell adja munkakeresési tervét, hogy otthon tudjon maradni az anyjának segíteni. Külön kiadások merülnének fel, eggyel több száját kell etetni – emiatt valószínűleg Paolinónak is jobban hozzá kell majd járulnia a család fenntartásához, talán még a nyaralást, lányokat stb. illető terveit is fel kell áldoznia.

A munkacsoport tehát arra a következtetésre jutott, hogy a következő szisztematikus hipotézist kell kialakítani: a család felfogta a homeosztázisát veszélyeztető tényeket, s erre válaszul "felfedezte" azt a kötelezettségét, hogy vissza kell fogadnia Reginát. Ez a visszatérés lényeges szerepet játszhat abban, hogy Francescát vagy Paolinót – vagy mindkettőt – visszatérítse a külvilágtól.

Ennek a hipotézisnek megfelelően az ülésen mindenekelőtt ezt a két fiataalt kellett bevonnunk, hogy kiderüljenek kapcsolataik a többi családtaggal, aktuális terveik, és véleményük Regina esetleges visszajövetelével kapcsolatban, meg hogy milyen hatással lehet ez a visszatérés az életükre. Az interjú alatt tapasztaltak megerősítették a feltevést: a család Francesca serdülőkorára összpontosult, aki láthatóan ugyanúgy félt az elszakadástól, mint a többiek. A probléma tehát nagymértékben különbözött attól, mint ahogyan azt az anya beállította.

A fent leírt hipotézist, azon túl, hogy megfelel a szisztematikus ismeretelmélet törvényeinek, két további, általános információ is megerősíti:

1. Pszichotikus családtaggal rendelkező családok vizsgálatából származnak bizonyos adatok, amelyek szerint az érintett családtag skizofréniás tüneteinek fellángolása gyakran egybeesik azzal a fenyegetéssel, hogy egy másik családtag, gyakran egy felserdült fiatal, éppen el akarja hagyni a családot. Amikor váratlan változást látunk egy családnál a krónikus beteghez való

hozzáállásban, mint a szóbanforgó esetben is, építhetünk erre a megfigyelésre.

2. Egy adott családnál az ülés megkezdésekor a terapeuta, már kialakított hipotézisére támaszkodva irányítja annak menetét: kezdeményez, utasít, szabályoz, félbeszakíthat vagy továbbvezethet, tranzakciókat provokálhat. Ezzel elkerüli, hogy jelentéktelen csevegéssé alakuljon az ülés és speciális információkat szerez.

Rendszerszemlélet (cirkularitás)

Rendszerszemlélet, cirkularitás alatt a terapeutának azt a *képességét* értjük, hogy vizsgálódása a család azon visszacsatolásain keresztül történik, amelyek *válaszként jelentkeznek az általa bevitt információra*, és így reagálni tud a változásokra és a különbségekre. Az ilyenfajta képesség megszerzésének feltétele, hogy a terapeuta függetleníteni tudja magát azoktól a berögződésektől és előítéletektől, miszerint a dolgok oksági viszonyai a "helyesek".

Bateson 1968-ban így magyarázta ezt a kérdést (1968):

"Az az általános igazság, hogy a külső eseményekből származó tudás az események egymásközi kapcsolatrendszeréből ered – abban a tényben ismerhető fel, hogy az emberi lény a pontosabb észlelés érdekében mindig felhasználja azt a változást, amely a közte és a külső tárgy közötti kapcsolatban jelentkezik... Ebben az értelemben kezdeti érzékelési adataink mindig 'elsőszülöttnek' tekinthetők, kinyilatkoztatások olyan *különbségekről*, amelyek a külső objektumok között vannak, vagy kinyilatkoztatások a *változásokról*, amelyek vagy az objektumokban belül történnek, vagy a hozzájuk való viszonyban... A különbséget és a változást könnyen érzékeljük – s tegyük hozzá, hogy a különbség is a kapcsolat egy fajtája."

Amit tehát mi cirkularitásnak nevezünk, az a fajta tudatosság, vagy még inkább *meggyőződés*, hogy csak akkor vagyunk képesek hitelt érdemlő információt nyerni a családtól, ha a következő két alapelvet tiszteletben tartjuk: (1) az információ=különbség; (2) a különbség=kapcsolat (vagy változás a kapcsolatban).

Ez azonban még nem elég. Még valamit meg kell tennünk ahhoz, hogy át tudjuk látni a családot a maga teljességében: valamennyi tagját fel kell hívni arra, hogy mondja el, hogyan látja a család másik két tagjának a kapcsolatát.

Mindenki könnyen beláthatja, hogy egy kétoldalú kapcsolatnak a vizsgálatánál sokkal gyümölcsözőbb, az ellenállás sokkal könnyebben legyőzhető, ha megkérdezzük egy *harmadik* személyt a kapcsolatról, mintha a diád bármelyik tagját kérdeznénk meg. Érdemesebb megkérdezni a fiút, hogy "Mondd el, milyen kapcsolatban áll egymással az anyád és a nővéred?", mint egyenesen megkérdezni az anyát, hogy milyen kapcsolatban van a lányával. Talán kevésbé nyilvánvaló ennek a technikának a hatékonysága és abbéli hasznossága, hogy erőteljesen megvilágítja a háromoldalú kapcsolatokat, amikor a családi ülés örvénylő kavargásába avatkozunk be. Pedig éppen akkor, amikor nyíltan felhívjuk valamelyik családtagot, hogy a másik kettő *jelenlétében* beszéljen, nemcsak, hogy megtörjük a diszfunkcionálisan működő közösségek egyik mindenhol jelenlévő alapszabályát, hanem egyben alkalmazkodunk is az emberi kommunikáció első axiómájához: interakciós helyzetben a különböző résztvevők, akárhogya is akarják, nem tudják elkerülni a kommunikációt.

Vegyük például egy olyan páciens esetét, akit a terapeuta felszólít, írja le megfigyeléseit arról, hogy milyen viszonyban van az apja és a páciens húga. Tételezzük fel, hogy a páciens megfigyelései nem egyeznek azzal, ahogyan azt apja meg a húga látja. A hármas kapcsolatra vonatkozó információban nagy különbséget jelent, ha a másik kettő összezavarodik, vagy ha mindketten egyformán reagálnak, vagy esetleg csak az apa ellenkezik dühödten, a kishúg pedig csendben marad, vagy éppenséggel ő az, aki kifejezetten ellenségessé, megvetővé válik.

Volt egy olyan esetünk, amelyben a "kijelölt" páciens, miközben leírta érzéseit az apja és Marina nevű húga kapcsolatáról, kommentárjaiba mindig belevette egy akkoriban megesett, jelentősnek mondható epizód történetét. Befejezésképpen pedig a következő váddal fordult apja felé: "Az az érzésem, hogy te teszed őt tönkre, ráadásul elég gyakran".

Az ellentét az apa "bibliai méretű" felháborodása és Marina kifejeztelen hallgatása között, aki sem egyetértést, sem ellenkezést nem mutatott a "beteg" nővérével, olyan további megfigyelésekre adott alapot, hogy új hipotézist állítottunk fel a két testvér kapcsolatára vonatkozóan (akik azidáig barátságosnak tűntek egymással szemben), valamint külön-külön mindegyikük kapcsolatáról az apjukkal, annak viszonyulásáról lányaival szemben stb. Ugyanakkor a terapeuta, sőt

még az ülés megfigyelő is, észlelték az anya viselkedését, aki a fejét rázta és helytelenítő pillantásokat vetett a lány felé, és demonstrálta a dühös férjjel való egyetértését. Szükségtelen mondani, hogy a következő kérdéssorozatba az anyát is bevontuk: "És most, Marina, hogyan látod anyád és húgod kapcsolatát?" Ilymódon át tudjuk tekinteni a triádokon belüli összefüggéseket és a családon belüli különböző triádokat.

Ahhoz hasonlítható ez, amikor a fonalat a szövetbe öltögetjük mindaddig, amíg a minta jól ki nem vehető. Ne féljünk attól, hogy végül fel kell majd tennünk a legjobban várt, és ezért leginkább félt kérdést is, amelyet a család visszautasíthat: "Marina, tulajdonképpen te hogyan látod anyád és apád kapcsolatát?"

Az információgyűjtés egyéb gyakorlati módszerei

Bemutatunk néhány gyakorlati módszert, amelyeket rendkívül értékesnek találtunk az információk összegyűjtése érdekében.

1. *Sajátos események előfordulásánál az adott esemény által kiváltott interaktív mintákra kérdezés.* Például a terapeuta kezdeményez egy tranzakciót a négytagú család legidősebb fiával, amikor Lorenzo, a fiatalabb fiú erőszakos krízist produkál, azaz megüti anyját.

Terapeuta: "Amikor Lorenzo kezdi elveszíteni a kontrollját és megüti az anyádat, apád mit csinál? És anyád hogyan reagál arra, amit apád tesz (vagy nem tesz)? És te mit csinálsz?"

2. *Viselkedési különbségek (nem a személy belső lényegét értelmező kérdések) – például egy beszélgetés a terapeuta és a gyerekek között az apai negyszülőkről, akik a családdal együtt élnek.*

Fiú: "Együtt lakunk velük, és ők borzasztó veszekedősek."

Terapeuta: "És mit csinálnak, amikor olyan veszekedősek?"

Fiú: "Beleavatkoznak a szüleim dolgaiba, megmondják nekik, hogy velünk hogyan bánjanak."

Terapeuta: "Ki avatkozik be inkább, nagypapa vagy nagymama?"

Fiú: "Nagypapa."

Terapeuta: "Kinek az életébe avatkozik be inkább, anyádéba vagy apádéba?"

Fiú: "Az apám dolgaiba."

Terapeuta: "És ki lesz izgatott, amikor nagypapa beavatkozik, anyád vagy apád?"

Fiú: "O, hát a mama! Azt akarja, hogy apát jól lehordják."

3. A különlegesen viselkedő vagy a speciális interakcióban résztvevő családtagok *rangsorolásának* kiderítésére:

Terapeuta: "Osztályoznád a családtagjaidat abból a szempontból, hogy ki mennyire szeret otthon maradni vasárnap. Kezdd azzal, aki a legtöbbször otthon marad!"

Vagy más formában:

Terapeuta: "Úgy néz ki, édesanyád sokat sír otthon, nagyon boldogtalan. Emily, mondd meg nekem, ki tudja őt a legjobban felvidítani, ha szomorú – nagymamád, apád, bátyád vagy te? Csinálj egy rangsort!"

A családtagok által ilyen módon adott osztályozás fontos információforrásként szolgál, mert nem csupán leleplezi a "családi játszma" különböző tagjainak pozícióját, hanem esetleg érdekes eltéréseket is felszínre hoz a különböző osztályozások között.

4. A kapcsolat változásának (vagy inkább a kapcsolat *változását indukáló viselkedésnek*) kutatására egy bizonyos esemény előtt és után (diakronikus) vizsgálat).

Az idevágó példát egy négytagú család első üléséről vettük. Az anya kért segítséget 12 éves fia, Marco rebellis és agresszív viselkedésével kapcsolatban. Van egy kishúga, Sissy. Majdnem minden nap erőszakos harc tör ki anya és fia között. Az a bizonyos esemény, amelyről a terapeuta érdeklődni kezdett, az apa szívinfarktus volt. Az apa azt követően otthagya a munkahelyét és rokkant nyugdíjassá vált.

Terapeuta (Sissyhez): "Anyád elmondta, hogy Marco mindig nehéz gyerek volt. Szerinted anyád és bátyád mikor veszekedtek többit, mielőtt apád beteg lett, vagy inkább azóta?"

Sissy: "Ó, hát utána. Anya sokkal agresszívebb lett és sokkal idegeesebb is... Egyetlen egy pont van, amikor megáll... amikor az apu a szívére rakja a kezét."

5. A feltételezett körülményeknek tulajdonítható *differenciák* megtalálására:

Terapeuta: "Ha az egyik gyerek otthon maradna, anélkül, hogy férjhez megy, vagy megnősül, mit gondolsz, apa melyikőtöknek örülne jobban? És anya?"

Mindezeket a módszereket már az első ülésen alkalmazzuk. A terapeuta – ahelyett, hogy belemerülne a szimptomatikus viselkedés unalmas felsorolásába – inkább azzal folytatja a vizsgálatot, vajon hogyan

reagálnak az egyes családtagok a tünetekre. A modell *hármás felépítésű*: felhívjuk az egyik családtagot, hogy írja le, hogyan reagál egy másik családtag a tünetre, és még azt is mondja el, hogy egy harmadik családtag hogyan reagál az előző családtag reakciójára.

A következő példa egy családterápia első üléséről származik, ahol a problémát egy étvágytalan gyermek, Marcello jelenti.

Terapeuta: (Ornellához, a testvérhez): "Amikor anyád enni akar adni Marcellónak, és ő visszautasítja az ételt, apád mit csinál?"

Ornella: "Egy kicsit visszatartja magát, de egy idő után ideges lesz és kiabálni kezd."

Terapeuta: "Kivel?"

Ornella: "Marcellóval."

Terapeuta: "És amikor Marcellóval kiabál, anyád akkot mit csinál?"

Ornella: "Dühös apára. Azt mondja, apa mindent elront, mert nincs türelme, és ezzel mindent csak rosszabbá tesz."

Terapeuta (az apához): "És mialatt ez zajlik, mit csinál Ornella?"

Apa: (a lányára mosolyog, látható csodálkozással): "Eszik tovább, mintha nem történt volna semmi!"

A megfigyelt terület fokozatos növelése

Az információ gyűjtésének egy másik fontos módszere a családi interjú során: az alcsoportok vizsgálata, már az elején. Példa: van egy fiatal pár két fiúval (Paolo 6, Alessandro 4 éves). Azért konzultáltak központunkkal, mert nehézségük támadt Paolo nevelésében, akinek az ellenséges viselkedése az ülést megelőző időszakban elviselhetetlenné vált: vízzel árasztotta el a házat, szögeket vert egy drága bútorba stb.

Az első ülést megelőző csoportértekezleten elhatároztuk, úgy vizsgáljuk meg a családi kapcsolatokat, hogy a különböző alcsoportokkal kezdjük. Amennyiben a családban is úgy történik, mint általában, hogy az apa egész nap dolgozik és az anya marad a gyerekekkel, akkor érdeklődésünket az anya-gyermek alcsoporttal kezdjük, felhasználva a már előzőleg leírt értelmezéseket.

1. a viselkedési különbségeket kutatva:

Terapeuta (az apához): "Ki kötődik jobban az anyához, Paolo vagy Alessandro?"

2. a sajátos eseménnyel kapcsolatos interaktív mintákra:

Terapeuta: "Paolo, amikor te vadítod Alessandrót, a mama mit csinál? És akkor, amikor te vadítod Paolót, Alessandro?"

Azután áttértünk az egész családra, mindig a javasolt formulát követve:

Terapeuta: "Amikor apa este otthon van, akkor Paolo szemtelenebb a mamával vagy éppen fordítva? Ha szemtelenül viselkedik a mamával, a papa mit csinál?"

Csak amikor már kialakítottunk egy jól tagolt képet a család magjáról, akkor terjesztjük ki a vizsgálatot azokra a családi kapcsolatokra, amelyek a szülők származására vonatkoznak, beleértve a nagyszülők és unokák kapcsolatának részleteit, mindig ragaszkodva a fent leírt módszerekhez, hogy információt nyerjünk.

Neutralitás

A terapeuta neutralitásán azt a speciális gyakorlati hatást értjük, hogy az ülés tartama alatt viselkedése totálisan a családra irányul (és nem saját beavatkozó hajlamaira). Hogy megmagyarázzuk, pontosan mit is értünk ezen a gyakorlati hatáson, leírunk egy feltételezett szituációt. Képzeljük el, hogy amikor a csoportunk egyik tagja befejezi a családi interjút és az általa összegyűjtött információkat megbeszéli a csoport többi tagjával, az egyik kérdező elmegy a családdhoz és kikérdezi a családtagokat a terapeutáról alkotott véleményükkel kapcsolatban. Ha az ülés rendszerszemléletű volt, akkor azoknak rengeteg mondanivalójuk lesz a terapeuta személyiségéről (intelligenciájáról vagy annak hiányáról, emberi melegségéről, együttérzőképességéről, stílusáról stb.) S ennek ellenére, ha arról kérdezzük meg a családtagokat, hogy nyilatkozzanak, kit támogatott vagy ki mellett állt a terapeuta, vagy netán milyen ítéletet alkotott valamelyikükről, hogyan viselkedett az egész családdal szemben – valószínűleg tanácsstalanok és bizonytalanok maradnak.

Valójában minden alkalommal, azon idő alatt, amíg a terapeuta egy családtagot kérdez, hogy nyilatkozzon két másik családtag kapcsolatáról, a számára szövetségesként jelenik meg. Ez azonban a következő pillanatban változik, amikor a kérdés másfelé fordul. Az állandóan változó szövetséges állapot következtében a terapeuta mindenkivel szövetségben áll, ugyanakkor pedig senkivel sem. Továbbá, minél inkább alkalmazza a terapeuta a rendszerszemléletet, annál inkább érdekelt a visszacsatolás kiprovokálásában és az információk gyűjté-

sében – s annál kevésbé hajlamos bármiféle erkölcsi ítéletre. Bármiféle ítéletalkotás, legyen az akár jóváhagyó vagy elítélő jellegű, elkerülhetetlenül azt a veszélyt rejtí magában, hogy a terapeuta a család egyik vagy másik tagjával, illetve csoportjával szövetséges. Ugyanakkor meg kell próbálnunk idejekorán észrevenni, és amilyen gyorsan csak lehet semlegesíteni mindenféle koalíciót, csábítást vagy privilegizált kapcsolati lehetőséget a terapeuta és a családtagok, vagy családi alcsoportok között.

Más szavakkal, az a meggyőződésünk, hogy a terapeuta csak annyira lehet hatékony, amennyire képes kialakítani és fenntartani az adott családtól egy "elkülönítő", ún. meta-szintet.

Következtetések

A fentiekben ismertetett elvek és módszerek szerint vezetett interjú hatékonyan segíti a terapeutát az információgyűjtésben, és ezáltal terápiás munkájában. Jelen esetben (hasznos) információ alatt főként azt értjük, hogyha a terapeuta tudása a családban működő kapcsolatok módozatainak együttesével gyarapodik. Erre a tudásra alapozza a terapeuta esetleges terápiás beavatkozásait, véleményeit, előírásait stb.

Kutatásaink jelenlegi szakasza új problémákkal szembesített bennünket. Változást hozhat-e a családterápia során csupán a jelenlegi interjúvezetési módszerünkben meglévő "negentrópiás" hatás, anélkül, hogy az interjú végén egy befejező üzenetet használnánk? – Reméljük, ezt a kérdést is meg tudjuk válaszolni mihamarabb!

IRODALOM

- BATESON, G. (1972) Steps to an Ecology of Mind. San Francisco
DE BEAUREGARD, O. C. (1961) Sur l'équivalence entre information et l'entropie. Sciences, 11:51.
RUESCH, I., BATESON, G. (1968) Communication: The social matrix of psychiatry. New York, W. W. Norton.
SCHAFFROTH, M. R. (1960) The concept of temperature, in: Lectures in modern physics. London, Macmillan.
SCHRÖDINGER, E. (1967) What is life? Cambridge Univ. Press
SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. (1978) Paradox and Counter-paradox. New York, Aronson.

A milánói alapelvek – újra átgondolva

G. Cecchin

A cikk a szisztémás családterápiás iskola vezérelveit, a neutralitást, a rendszerszemléletet és a hipotéziskészítést elemzi, amelyeket eredetileg, 1975-ben a milánói csoport, *Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin és Prata* dolgozott ki. A csoport tagjainak átszerveződésével (*Selvini-Palazzoli és Prata* kutató teamje, valamint *Cecchin és Boscolo* oktató teamje különvált) az eredeti elvek különböző átalakulásokon mentek keresztül. Így a fenti három alapelv újfajta értelmezése vált lehetővé, s ezt fejti ki e cikk. Hangsúlyozni kell, hogy az itt tárgyalt szemlélet a *Cecchin és Boscolo* vezette szisztémás családterápiákat jellemzi.

A neutralitás elve

Évek során meggyőzően bizonyították a viták, hogy valójában nem lehet neutrálisnak maradni, hisz minden viselkedés, s így a szóbeli megnyilvánulások is, a társas interakciók közegében jön létre és azokra visszahat. A semlegesség eredetileg azt az elvet jelentette, aktívan kerülni kell azt, hogy valakit a másiknál igazabbnak fogadjunk el. Mégis, sokak számára helytelenül, az involválódás, a határozott vélemény-nyilvánítás elkerülését, illetve a felelősségvállalás elhárítását jelentette – még olyankor is, amikor erre szükség lett volna, vagyis egy hideg, közömbös pozíció felvételéhez vezetett. Ahhoz, hogy ezt elkerüljük, helyesebb lenne, ha a semlegességet a terapeutában kialakuló kíváncsiság állapotaként fognánk fel. Csak ez a kíváncsiság vezethet alternatív ötletek s javaslatok feltalálásához – s visszahatva, az új szempontok, ötletek ébresztik fel a további kíváncsiságot. Ily módon a semlegesség és a rendszerszemlélet egymást erősítik a problémák kibontásának folyamatában és nem tapadnak meg valamely helyzeten.

A tanítás, a képzés és a terápia egyaránt a nyelvet használja, amelynek segítségével megfogalmazzuk, kialakítjuk a helyzetek leírását. Ezek a "leírások" gyakran sugallnak lineáris, oksági gondolkodást. Így

szemléljük mindennapi világunkat. Ez nem szükségszerűen problematikus, könnyen beláthatjuk, hogy megfelelő szituációkban megvan a létjogosultsága.

Amikor viselkedésünket meg akarjuk magyarázni, tipikusan az ok-okozati összefüggéseket találjuk a legkézenfekvőbbnek. Pl. "azért kés-tem el a találkozónkról, mert haragszom rád". Az, hogy ez igaz-e vagy sem, általában nemigen érdekel bennünket. Az ilyen helyzetekben egyedüli lényeges szempont a dolog hasznossága. Praktikusan inkább érdekel bennünket a magyarázat hasznos volta, mintsem annak igazságtartalma.

Mint klinikusok, elfogadhatjuk a lineáris magyarázatot mindaddig, amíg nem hisszük el. Az oksági, leíró jellegű szemlélet ugyanis nem segíti elő a kíváncsiságot. A lineáris magyarázatok, ahogy ezt *Bateson* (1972) is demonstrálta, éppen a dialógusnak vetnek véget. "Miért esik lefelé az alma? – A gravitáció miatt". Ha már van egy magyarázatunk, nem törjük magunkat továbbiak keresésével. Feladjuk a további kíváncsiságot, mert azt hisszük, megtaláltuk a megfelelő megoldást. Ha a neutralitást várakozó kíváncsiságnak fogalmazzuk át, akkor világos, hogy éppen az oksági magyarázatok vezetnek a neutralitás elkerüléséhez, mivel nem erősítik, hanem "kivégzik" a kíváncsiságunkat.

Ebből származik első következtetésünk: *lehetőleg kerüljük el a leírásokat!* A leírások és a magyarázatok – azaz, ha a családterapeuta arra törekszik, hogy *megmagyarázza*, milyen folyamat tartja fenn a házastársi éles vitákat, s ezt úgy teszi, hogy leírja, miként viselkedik a feleség meg a férj – inkább megakasztják a munkát. Hasonlóképpen hatnak a behaviorista leírások is, amelyek az inger és az ingerválasz terminusaival a magatartás magyarázatai lesznek.

A másik alternatíva az, hogy tiszteletben tartjuk az interakciók összetettségét és leírásukban, magyarázásukban azok *többszólamúságát* emeljük ki. Ha ezt a gondolkodási keretet használjuk, akkor nem törekszünk annak eldöntésére, hogy a magyarázatok igazak-e, vagy sem. Ehelyett a viselkedés, az események, a kapcsolatok és a többi jelenség invenciózus, komplex hangsúlyozásának folyamata jön létre, amely segítségünkre van egy inkább rendszerszemléletű megközelítés kialakításában (*Cronen* 1982).

Mi segíti elő tehát a sokszempontú szemlélet kifejlődését? Megint csak ahhoz a véleményünkhöz jutunk vissza, hogy leginkább a kíváncsiság facilitálja a magyarázatoknak ezt a sokhangú, sokszínű polifó-

niáját. A szisztémás családterápiában ezért inkább előnyben részesítjük a kíváncsiság talajából burjánzó elemzéseket, mint az igaz/hamis állításokra épülő magyarázatokat.

Az esztétikai elv

A kíváncsi hozzáállás kifejlesztésében egy másik központi gondolat az esztétikai koncepció. Híressé vált leírásában Bateson, azoknál a kaliforniai színészeknél, akiket a *California School of Fine Arts* tanfolyamain tanított, felismerte, hogy a művészek emlékezte fogékony a mintázatokra (*patterns which connect*). Ezzel azt hangsúlyozta, hogy a művészet birodalmának diffúzabb, mintázatszerű megoldásaira való törekvés szuggesztívebb erejű, mint a tárgyias, lezárt valóság. Ez utóbbit a tudomány, történetéből következően, száraz, mennyiségi mértékkel közelíti meg.

Ez az esztétikai területről vett példa aláhúzza, miért legyünk érzékenyek a mintázat iránt. "Az esztétikai alapállás... azt igényli, hogy legyen bátorságunk különbségeket találni és konstruálni." A megfogalmazás utal a bátorságról szóló iménti eszmefuttatásunkra is. Ezt a művészeti megközelítést a terápiára alkalmazva nemcsak a mintázatokra, a rendszer komplex mintáira való összpontosítás fontossága érthető, hanem kihangsúlyozódik az is, hogy a lehetséges minták száma végtelen. A változatok végtelen száma az egyik oldalon, kíváncsiságunk fenntartása a másikon: a kettő összefügg. Kíváncsiságunkat fokozza az akáregyetlen interakcióba belelátható miriádnyi "történet", s a történetek végtelensége generálja az egyre kíváncsibb hozzáállásunkat.

Vegyük azt a helyzetet, amikor egy családdal az első interjút készítjük. Azt tartják magukról, hogy segítségre van szükségük. Ha elhiszszük, hogy van egy mindent megokoló magyarázat a családi problémákról, akkor elkezdjük keresni a családtagok által elmondottak között a legjobbnak ígérkező leírást. Ez azt fogja jelenteni, hogy valamilyen családtag "mondókáját" jobban elfogadjuk majd, mint a többiekét. Vagy éppen többekéből ragadunk ki egy-egy részletet, s ezekből állítjuk össze a saját verzióunkat. Ez a fajta kíváncsiság sokkal inkább egy hagyományos értelemben vett "tudományos magyarázatnak" felel meg.

Ha viszont a művészi közelítésmódot követjük, akkor nem "egyetlen igazit" keresünk, hanem azt figyeljük, hogyan tud együtt létezni, működni a családtagok sokféle "olvasata", hogyan olvad össze egy mintázatba? Hogyan illeszkedik ez a mi klinikai leírásunkhoz? Hogyan lehet, hogy bizonyos olvasatok hasonlóak, vagy éppen különbözőek? Mely leírások szólnak a család múltjáról, s melyek a jövőjéről? Nem szelektáljuk a "jó" leírásokat, hanem az összes leírás egybefonódásából kialakult mintát figyeljük meg. Minél bátrabban tesszük ezt, annál inkább lesz analízisünk esztétikai kategória.

Ezeket a mintákat akkor pillanthatjuk meg, ha figyelmünket a neutralitásnak nevezett állapotba tereljük. Ezt az állapotot legjobban a kíváncsiság szóval illelhetjük. Ez egészen másfajta kérdezőmódot aktivizál, mint amikor egy bizonyos jó megoldást akarunk feltárni. *Maturana* (1984) írja le az "instruktív interakciót", amelyben az egyik személy utasítja a másikat, hogy mit tegyen és hogyan tegye, amit tesz. Ez a tradicionális lineáris gondolkodás, amelyet fel kell adnunk, ha esztétikai alapállásból akarunk közelíteni egy modellhez. Ezzel együtt jár a modell tisztelete – csak azt respektáljuk, amire kíváncsiak is vagyunk és viszont – további érdeklődést, kíváncsiságot indukálva. Kíváncsiságunkkal fel is kavargatjuk a velünk kapcsolatba kerülő rendszert, s ez különbözik attól, amikor csak az oksági viszonyok után érdeklődünk.

Ha hiszünk az instruktív interakció hatásosságában, meg fogjuk próbálni, hogy direkt módon befolyásoljuk az embereket, ennek megvalósításához azonban a probléma pontos leírására lenne szükség – ez a hagyományos, oksági tudományos alapállás. Az esztétika területén az emberek direkt, utasításos befolyásolását fel kell adnunk.

Másrészt, az esztétikai megalapozottságú kíváncsiság azt a meggyőződést is tartalmazza, hogy minden rendszernek van egy belső logikája. Ez a logika nem jó vagy rossz, helyes vagy helytelen, hanem egyszerűen működő.

Lényegbevágó, hogy ismerjük fel a humán szisztémákról szóló ismereteink korlátait. Ezek a rendszerek időről időre változnak, mi viszont csak a múltjukról tudunk s nem ismerjük a jövőendő mintákat. Mint családterapeuták, akkor tesszük a legjobbat, ha mozgásba hozzuk a családi mintákat azzal, hogy kapcsolatba lépünk vele. Mivel nem tudhatjuk, hogy a családnak minő szkript lesz a megfelelő, csak egyet

tehetünk: a családi rendszert megkavarjuk, hogy majd ebből kirajzoldjon számukra a saját új (vagy újraírt) szkriptjük.

Felelősség és szociális kontroll

Valamennyien olyan közegben nevelkedtünk, ahol a felelősség összekavarodott a szociális kontrollal. A terápiás munkában azt kéri tőlünk, hogy az immoralis, illegális viselkedésekre figyeljünk. Például, ha egy általunk kezelt családban incestusról van szó, akkor a mi szociális felelősségünk az, hogy ezzel foglalkozzunk, ezt kontrolláljuk. Ha azonban ezt az ellenőri szerepet felvállaljuk, elveszítjük kíváncsiságunkat, már nem a családi mintákat figyeljük, hanem egy lusta magyarázatalakotásba csúszunk arról, hogy az adott viselkedés jó vagy rossz, immoralis stb.

Ha mégis elvállaljuk ezt a hivatalos szereposztást, akkor is törekednünk kell a kíváncsiság érzésének legalább párhuzamosan létező kifejlesztésére magunkban, s ebben egy munkacsoport támogatása nagyon sokat segíthet.

A neutralitás hiányának tünetei

Ha a terapeuta nem rendszerszemlélettel közelít, csökken a kíváncsisága és ez különféle tüneteket vonhat maga után, főként unalom és pszichoszomatikus zavarok formájában.

Unalom. Rendszerint olyankor jelentkezik, amikor úgy érezzük, már jól értjük, mi is történik. Vigyázat, kliséveszély! A következmény: nem vesszük észre a klinikai esetek nyújtotta új információkat. Nem tudunk figyelmesen odahallgatni, untat a család, és terapeutaként való jelenlétünket haszontalannak érezzük. Gyakori fantáziajátékunk ilyenkor, "de jó lenne vízszerezőnek lenni!"

Akkor is unalom jelentkezik, ha azt érezzük, megtaláltuk a jó megoldást, s nem érdekelnak minket egyéb lehetőségek.

Pszichoszomatikus kellemetlenségek. Leggyakoribb a fejfájás, de izzadás, magas vérnyomás és hátfájás is gyakorta előfordul. Gyakori, hogy a probléma a terapeutai beállítódás és a munkahely részéről elvárt szociális ellenőri szerep közötti konfliktusban rejtezik. Ennek a helyzetnek

a megoldására jó stratégia, hogy azt tesszük, amit a munkahelyi elvárás megkíván, de egyidejűleg nem vállalunk át minden felelősséget a probléma kontrollálásában. Ha azt teljesen felvállalnánk, akkor feladatunk mindössze a család instruálása lenne. Tehát terápiás felelősségünk azzal kezdődik, hogy szemügyre vesszük saját helyzetünket a szervezetben. Ez sokszor mindössze annak regisztrálását jelenti, milyen kevés lehetőséggel rendelkezünk, és ezzel egyben bennünk is fokozódik a családi szisztéma respektusa.

Fontoljuk meg, mivel jár, ha teljesen felvállaljuk a hozott probléma feletti felügyeletet. Ha ezt túl gyakran meg tesszük, könnyen a morális háborgás érzése uralkodik el rajtunk, etikailag mások fölé kell helyeznünk magunkat, aki mindent jobban, a legjobban tud, a leghelyesebben cselekszik. A családok (főleg a kriminális családok) gyakran elvárnák tőlünk ezt a viselkedést. Ha ezt tennénk, időnk nagyrészt azzal tölthetnénk, hogy kontrolláljuk a családot, ahelyett, hogy felkutatnánk belső forrásait.

Itt egy dilemmával küszködünk. Ha mi nem változtatjuk meg a család viselkedését, akkor ki? A terápiás kíváncsiság oldaláról nézve, két fontos megjegyzést tehetünk: (a) élő, következésképpen valahogyan mégis csak működőképes rendszerrel van dolgunk; (b) ha erőszak van is a családban, ez nem feltétlenül jelenti azt, hogy a terapeutának joga van erőszakosnak lenni. Márpedig a terapeuta erőszakos, ha azzal próbálkozik, hogy a családot az ő saját értékei mintája szerint instruálja. *Maturana* definíciója az erőszakról: úgy képvisel valamilyen igazságot, hogy a másokét igaztalannak tartja és változásra kényszeríti (1984).

A terapeutának az a feladata, hogy segítsen a család rendszerén belül hatékonyabb működési mintákat kialakítani. Ehhez elsősorban el kell fogadjuk őket olyannak, amilyenek. Ez nem jelenti azt, hogy ne remélnénk változást – főként azokban a mintákban, amelyeket kultúránk immorálisnak vagy illegálisnak tart. Ne feledjük, a változás elvárása alapvető következménye egy olyan kultúrának, amely kitermelte magából a "hivatásos korrektor" foglalkozást. Esztétikai viszonylatban valószínűbb a változás, ha a rendszert nem direktíven instruálják, hanem inkább különböző választási lehetőségeket nyújtanak. Egy rendszer logikájának a demonstrálása a benne résztvevők (legyenek azok akár kriminális személyek) előtt csak a kíváncsiság és az esztétikai

megközelítés révén teríti szélesre a minták változatait. A rendszer logikájának neutrális felerősítése nagyon más stratégia, mint a rigid megítélés és az azt követő korrekciós törekvés.

Hipotézis-készítés

A kíváncsiság állapotával szorosan összefügg, de inkább technikai vonatkozású. Az egyik hasznos technika pl. a család történetmesélésének metaforája. A családok már rég kész, teljes forgatókönyvvel jönnek a terápiába, s a bajuk az, hogy ezek már nem működtethetők úgy, mint ahogy ők szeretnék. Nekünk új forgatókönyvhöz kell segítenünk őket. Ezt az új szkriptet a saját hipotézisünkre kell alapozzuk, de a család segít azt módosítani.

Egy megjegyzés: az a tapasztalatunk, hogy a hipotézis-készítés elvét nehezen teszik magukévá pl. olyan diákok, akik az autoritások erős tiszteletében nőttek fel, ahol az az általános hiedelem, hogy a tanárok többet tudnak, mint diákjaik. A nyugati kultúra emberét állandóan kísértő lineáris hipotézis-alkotás egyik nyelvi megnyilvánulására hívja fel a figyelmet a milánói iskola: a *"van"* kifejezések kerülendők. Amikor definitíven leírjuk, hogy ki milyen, hogy mi van, akkor abbahagyjuk a hipotézisek keresését, helyett, hogy folytatnánk a dialógust a család történetei/hipotézisei és a saját hipotéziseink között.

Rendszerszemlélet (cirkularitás)

A cirkularitás, a hipotézis-készítéssel együtt, a kíváncsiság révén működő technika, amelyet a hipotézisek fejlesztésére használunk. A rendszerszemléletű kérdés, és a cirkuláris kérdések technikájáról számos jó cikk van (pl. *Tomm 1985, Penn 1985*). A jelen cikkben foglaltak szerint a rendszerszemléletű kérdést úgy lehet tekinteni, mint annak a módját, ahogyan a klinikus fenntartja a kíváncsiságot a családban és a terápiás rendszerben egyaránt. A kérdés folyamatán keresztül egy érdekes következményekkel járó kontextus alakul ki, amelyben a család maga is valahogy kíváncsivá válik a saját hipotézisei iránt.

A kérdés aláássa a családi hiedelemrendszert, amely "igazságokon" és a "van" erőteljes használatán alapul (pl. "a fiam lusta", "az apám alkoholista" stb). A kérdések nyelvi megfogalmazása azzal is

segíti ezt, hogy "ha" kezdetű, illetve jövőre vonatkozó kérdéseket teszünk fel. Például: "Ha az anyád elhatározná, hogy már nem aggodalmaskodik miattad, mit tenne az apád?" Ez a kérdés nem tényekre, hanem mintákra kérdez, valamint a jövőre orientált. Abban a pillanatban, amikor a hiedelemrendszer megrendül, lehetőség nyílik egy új történet/hipotézis kialakítására.

Összegezésül: ezt a három alapelvet (hipotézis-készítés, rendszer-szemlélet, neutralitás) úgy tekinthetjük, mint egy összekapcsolt, egymásra ható triászt, amelyben a neutralitás hozza létre a számtalan hipotézis kialakulási közegét. A sokféle hipotézis viszont beindítja a rendszerszemléletű minták keresését és a cirkuláris kérdéseket. A kérdészési technika a hipotézisek kifejlesztésére, finomítására, elejtésére szolgál, ami segíti a kíváncsiság és neutralitás szövetségének kialakulását.

Ha kíváncsiak vagyunk, megkérdezzük feltevéseinket – eredjenek azok akár tőlünk, akár a kezelt családtól. A család interakciói velünk elősegíthetik ezt. Nemcsak mi lépünk be a család rendszerébe, hanem a család is a miénkbe, tovább segítve minket abban, hogy jobban tudjunk rendszerben gondolkodni. A három vezető elv kölcsönös, egymásraható kapcsolata nyújtja azt a gondolkodási keretet, amely arra indít bennünket, hogy még kíváncsibbak legyünk a terápiában előforduló tünetek iránt – akár a családok, akár a terapeuták tüneteiről van szó.

IRODALOM

- BATESON, G. (1972) Steps to an ecology of mind. N.Y. Ballantine Books.
 CRONEN, V. E. et al. (1982) Paradoxes, double binds and reflexive loops. Fam. Proc. 21:91-112.
 CRONEN, V. E. et al. (1985) Mind in therapy: constructing systemic family therapies. N.Y. Basic Books.
 MÁTURANA, H. (1985) Bringing forth of reality. Presentation. Univ. Calgary
 PENN, P. (1982) Circular questioning. Fam. Proc. 21:267-280.
 PENN, P. (1985) Feed-forward: future questions, future maps. Fam. Proc. 24:299-310.
 TOMM, K. (1985) Reflexive questioning. Unpublished manuscript.

Az interventív (beavatkozó) interjúzás

K. Tomm

I. STRATÉGIA-KÉSZÍTÉS: A TERAPEUTA 4. VEZÉRELVE

A klinikai interjú sokkal több lehetőséget nyújt a terápiás beavatkozásra, mint ahogy azt általában gondoljuk. Sok lehetőség kieshet a terapeuta figyelméből, ezért érdemes kidolgozni olyan vezérfonalakat, amelyek révén hatékonyabb lehet. A milánói iskola három ilyen alapelveket definiált, ezek: a hipotéziskészítés, a rendszerszemlélet (cirkularitás) és a semlegesség (neutralitás). Közülük az első tartalma könnyen megérthető, a másik kettő azonban, bár nagy érdeklődést váltott ki, nem olyan könnyen átlátható. Ezen alapelvek érthetőbbekké és cselekvő jellegűekké válnak, ha úgy fogalmazunk, hogy lényegében hozzáállásokról van szó. Egy negyedik vezérelv, a stratégia-készítés létrehozásával (amely a terapeuta döntéshozatalával foglalkozik, többek között azokkal a döntésekkel is, hogyan alkalmazza az előbbi három koncepciót) az értelmezés könnyebbé válik. Jelen cikk az interjúzásnak ezt a négy vezérelvét tárgyalja.

Bevezetés

Lenyűgöző élmény annak megfigyelése, mennyire sokféleképpen tudnak hatni a kezelők akár az egyéni, akár a családi interjúk során. Egy szokványos ülésen a kérdések általában arra szolgálnak, hogy a kezelő felállítson egy elképzelést a helyzetről, s rendszerint a kérdéseket nem tekintik egyben terápiás intervencióknak is. Ennek dacára, sok kérdésnek még így is van terápiás hatása, de persze éppígy előfordul, hogy a hatás éppen ellentétes, azaz antiterápiás lesz.

Elég fájdalmasan jöttem erre néhány évvel ezelőtt, egy párterápiás ülés visszanezésekora. A pár arról beszélt, hogy már hetek óta nem

veszekedtek. Ekkor megkérdeztem, ma milyen problémát akarnak megbeszélni, mire hirtelen váltással parázs vita tört ki közöttük arról, hogy melyiküknek lesz inkább szüksége terápiára a későbbiekben. Akkor azt gondoltam a dologról, hogy az ülés elején tapasztaltakat nyilván csak átmeneti javulásnak lehet tartani, és tovább kell foglalkozni a házaspár problémáival. Nem vettem észre, hogy a kérdés lökte őket a veszekedésbe, a régi terméketlen viták fellobbanását provokálva. Ha ehelyett a változással, a javulásukkal kapcsolatban lettek volna kérdések, akkor a beszélgetés más irányba fordult volna. Sajnos, akkor ezt a lehetőséget nem vettem észre.

Ezután kezdtem el vizsgálni az interjú folyamatát és jöttem rá arra, hogy a kezelő kérdései egyben intervenciók is, s hasznosabb, ha az interjút egészében, mint egy folyamatos intervenció-sorozatot tekintjük. Így született meg a "beavatkozó interjúzás" fogalma, s az a perspektíva, hogy a terápiás lehetőségek skálája kiszélesedhet, mivel ebben az értelemben mindent, amit a kezelő tesz az interjú alatt, intervenciónak lehet tekinteni.

Ez a felvetés súlyt ad annak a nézetnek, hogy lehetetlen egy pácienssel úgy kapcsolatba lépni, hogy annak nincs semmiféle hatása. Minden kérdésnek, minden kommentárnak, sőt a nem verbális akcióknak is van valamilyen hatása. Ezek a hatások olyan szempontból is vizsgálhatók, hogy vajon erősítik vagy gyengítik a terápiás célokat, a kliens vagy a család kívánt viselkedésváltozását. Tehát mondhatjuk, hogy a priori egyetlen akció sem lehet következmény nélküli. Még egy értékelés vagy megjegyzés elmaradását is gyakran olybá értékeli a család, mint pl. valamilyen burkolt beleegyezést vagy támogatást. Tehát: *az interventív, beavatkozó interjúzás azt jelenti, hogy minden, amit a terapeuta mond és csinál, beavatkozásnak tekintendő* – s hathat a terápiás cél irányába vagy ellene.

Természetesen azt is hangsúlyozni kell, hogy bármely adott beavatkozás aktuális hatását mindig a kliens állapota határozza meg, s nem az, hogy mit akart a terapeuta. A kezelő szándékai, viselkedése csak elindítják a választ, de sohasem határozzák azt meg. Bár a gondosan kimunkált intervenciók sokszor elérik a kívánt hatást, erre garancia még sincs. A kliens csak azt hallja és tapasztalja meg, amelyet képes meghallani és megtapasztalni (előélete, érzelmi állapota, előítéletei, értékrendszere stb. alapján). Ennélfogva egy akármilyen gondosan szerkesztett, terápiásnak vélt kérdés is maradhat terápiás effektus

nélkül, és megfordítva: amit a kezelő esetleg nem is szándékozik hatótényezőként alkalmazni, provokálhat terápiás választ. Például egy szokványos exploratív jellegű kérdés felkeltheti a páciens kíváncsiságát és módosítja gondolatai irányát.

Ha a kezelő elfogadja az interventív interjú koncepcióját, sokkal inkább összpontosít a saját viselkedése terápiás konzekvenciáira, mint a páciens rendszerére. Mindent olyan szemszögből vizsgál, hogy annak hatására milyen változás jött létre, s szét tudja választani a terápiás akciókat a nem terápiásoktól. Ugyanígy, ha valamilyen nem kívánt dolog történik a családban, először a saját viselkedését veszi figyelembe annak kiváltójaként. Az interakcióknak ez az elmélyült vizsgálata segít abban, hogy észrevegye a szándék és a tényleges hatás közötti különbségeket. Ebből még az is következik, hogy a kezelő sokkal gondosabban készíti elő valamennyi akcióját, még azokat is, amelyeket nem szándékozik "intervencióként" végrehajtani. Lehetetlen azonban minden, a páciensről származó választ felfogni és arra teljes komplexitásban, tudatosan válaszolni. A helyzet teljesen kezelhetetlenné válik, hacsak a terapeuta nem dolgoz ki rendező elveket. Az egyik megoldás erre vezérfonalak kialakítása: olyan ösztönös terápiás hozzáállások felvétele és alkalmazása, amelyek a kíváncsiság akciókat elősegítik, a haszontalanokat pedig megakadályozzák.

Egy negyedik vezérfonal szükségessége

A milánói csoport három vezető elvet dolgozott ki – ezek jól ismertek (az eredeti cikket ld. e kötetben). Számos szerző vizsgálta a rendszerszemléletű interjúzás különböző vonatkozásait (*Deissler, Fleurides, Foerster, Hoffmann, Penn, Tomm, Viaro, White*). Eredeti cikkük végén a milánóiak felteszik a kérdést: képes-e az általuk kidolgozott interjúmódszer önmagában változást létrehozni, vagy szükség van valamilyen lezáró értelmezésre? Én úgy válaszolnék, hogy igen, képes. Ennek a határozottságnak pedig az az alapja, hogy a korábbi három vezető elvet kiegészítettük egy negyedikkel, a stratégia-készítés alapelvével, a rendszerszemléletű kérdezést pedig a beavatkozó interjútechnika egyik típusaként határoztuk meg.

Mindenki, aki látta a milánóiakat, tudja, mennyire gondosan megtervezik minden lépésüket. Az akciók indítása, értékelése, annak el-

döntése, milyen menetet kövessenek, nem korlátozódik csupán az ülés-szünetben tartott megbeszélésre, ahol a záró értelmezést megfogalmazzák, hanem az egész ülés folyamán tart. Folyamatosan kérdéseket tesznek fel saját maguknak, amelyeket tudatosan vagy ösztönösen megválaszolnak. Ilyen kérdések: Melyik hipotézist kövessem? Készen áll-e a család, hogy nyíltan beszéljen a témáról? Milyen következménye lehet, ha adott témával nem foglalkozunk? Milyen kérdéseket tegyek fel, hogyan fogalmazzam meg, kihez intézzem a kérdést, mi lehet a várható reakció? Észrevegym-e valakinek a szomorúságát vagy ne tegyek róla említést? Millió kérdés, döntési helyzet adódik, s ezekre a terapeuta részint személyisége, részint terápiás tapasztalatai alapján reagál. A tükör mögötti munkatársak szintén folyamatosan értékelik a terapeuta tevékenységét. Ha valamilyen lényeges javaslatuk van, kihívják őt, és röviden megbeszélik a helyzetet.

Ez a döntéshozó folyamat magában foglalja a milánóiak által eredetileg leírt mindhárom interjú vezetőelvet, bár nem teljesen adekvátnak számol velük. *A stratégia-készítést úgy lehetne definiálni, mint a terapeutának (vagy a munkacsoportnak) azt a gondolati munkáját, hogy a lezajlottak értékelésével, új elképzelések gyártásával, a várható következmények becslésével és a folyamat ütemezésével a lehető legnagyobb terápiás hatást érje el.* Mint interjú vezetőelv, magában foglalja a terapeuta szándékos választásait arról, hogy mit kell és mit nem szabad tennie a terápiás változás elérése érdekében. A "stratégia" szó azt fejezi ki, hogy a kezelő határozottan kitűzi egy bizonyos terápiás cél elérését, a nyelvtani forma (strategizing) pedig ennek aktív minőségét fejezi ki.

A stratégia-készítésnek különféle szintjei vannak, a jelen cikkben kettőre koncentrálnék, ezek: általában a koncepció-szerű hozzáállás (beállítódás) kérdése, és cselekvési szinten egy speciális szóbeli akció, a kérdezés stratégiája. Ebben az írásban a négy koncepció-szintű hozzáállásról lesz szó, a kérdezési technikáról pedig a következőkben. A két téma úgy kapcsolódik, hogy bizonyos akciókat könnyebb kivitelezni, ha a terapeuta felvett egy adott hozzáállást. Például könnyebb tisztán feltáró jellegűen kérdezni neutrális alapállásból és konfrontatíven kérdezni stratégiás hozzáállás talaján. Egy adott, koncepció-szintű hozzáállást felvéve, a kezelő más részletekre összpontosíthat és biztos lehet abban, hogy a felvett attitűd "önműködően" irányítja majd akcióit.

A három milánói alapelv részleges átfogalmazása

Megpróbálom ezeket egy koncepció-szintű hozzáállásként leírni és absztrakt elvekből a klinikai tevékenység konkrét tényeivé avatni, egyúttal bátorítani a terapeutákat, hogy nagyobb személyes felelősséggel vállalják fel azokat. *Ezeket a hozzáállásokat tekintsük úgy, mint koncepció-szintű gondolati álláspontot, amely stabil viszonyulást létrehozva elősegíti bizonyos gondolati és cselekvési minták megjelenését, és burkoltan gátolja másokét.* Mint egy fizikai testtartást, tudatos odafigyelés nélkül fel lehet venni az interjú folyamán. A tudatos odafigyelés abban segíthet, amikor a terapeuta egy adott hozzáállás új viselkedési megoldásait tanulja. Ha azonban ez megtörtént, a kezelő nem tudatos aktivitásának részeivé válik.

A hipotézis-készítő hozzáállás arra mozgósítja a kezelő gondolkodását, hogy magyarázatokat alkosson. A megfigyelések, az ismert adatok, az előzmény és a személyes tapasztalat közötti összefüggések keresésére összpontosít, azért, hogy egy, a tüneteket magyarázó kiváltó mechanizmust megformulázzon. Az eredeti milánói cikkből most csak egyetlen tételt szeretnék hangsúlyozni, a rendszerszemléletű (cirkuláris) és az oksági (lineáris) hipotéziskészítés közötti különbséget. Rendszerszemléletű hozzáállásból rendszerszemléletű kérdésekre hajlunk, míg oksági alapállásból oknyomozó kérdésekre. Ugyanakkor az interjúban ezek egészen eltérő hatásokhoz vezetnek, s a cirkuláris kérdések terápiás ereje messze nagyobb (ld. a III. részben). A terápiás hatékonyság optimumához ezért fontos a rendszerszemléletű hipotéziskészítő hozzáállás elsajátítása.

A rendszerszemlélet elvi hozzáállásként való leírása némi előzetes kommentárt igényel. Az eredeti leírás bizonyos zavarhoz és eltérő értelmezésekhez vezetett. A zavar abból fakadt, hogy nem különböztették meg világosan a megfigyelt egység (a család) rendszerszerű aspektusait a megfigyelő egység (a család és a kezelő együtt) rendszerszerűségétől (a kibernetikában ez az elsőrangú és a másodrangú rendszerek különbsége). Ebben a leírásban ez utóbbi rendszer vonatkozásában tárgyaljuk a cirkularitást, mint interjú vezetőelvet. (Míg az elsőrangú egység, tehát a család rendszerszemléletű vonatkozásai a rendszerszemléletű hipotézisalkotás területére tartoznak.) Az olyan döntések, hogy milyen típusú kérdéseket kérdezzünk, mint pl. a család

cirkuláris mintáit felfedő triadikus kérdések: ez pedig a stratégia-készítő hozzáállás területe.

Ennek az újraértelmezésnek megfelelően tehát a rendszerszemlélet a kezelő és a család dinamikus kettős struktúrájának felel meg. Mint elvi hozzáállás, azt jelenti, hogy a kezelő, a kliensekkel kapcsolatos ismétlődő interakciókban megjelenő komplex válaszkészletből az attitűdnek megfelelő reagálásokat emeli ki, akcióba csak ezek kerülnek. Fő pozitívuma a szándék és a hatás közötti különbségek felismerése. Arra is rászorítja a kezelőt, hogy a kliens viselkedését a terápiás rendszer kereteiben szemlélje. Minél ügyesebb a kezelő, annál finomabban igazodnak a terápiás válaszok a család válaszhoz, és annál jobban alkot egy párost a család és a kezelő. A terapeuta ebben a folyamatban semmi esetre sem lehet passzív szemlélő. Folyamatosan tesztelnie kell kérdésekkel, válaszaik átfogalmazásával, a nem verbális reakciók megfigyelésével a család tagjait, s ezzel kiemelni tapasztalataik különbözőségét. A kezelőnek ez a tevékenysége az, amely miatt ezt a vezetőelvet nem egyszerűen megfigyelésnek, hanem rendszerszemléletnek nevezzük. Ez a kölcsönös páros helyzet az alapja valamennyi tudatos művelletnek a terápia folyamán.

Amint a hipotézis készítésnek is, úgy a rendszerszemléletű hozzáállásnak is vannak változatai. Két ellentétes módját illethetjük a "gondoskodó" és a "szakmailag kötelező" jelzővel. Az első a természetes emberi szereteten, a második a rászorultságon alapul. A szerető, gondoskodó hozzáállás felvétele a kliensek válaszaiban szelektíven azokat a különbségeket emeli ki, amelyek teret engednek a terapeutának, hogy páciensei fejlődését emberileg támogathassa. A második, a család rászorultságára épülő hozzáállásnál a kezelő arra figyel, hogyan kell neki cselekednie, mint klinikusnak. Ekkor a kliensek reagálásaiból azokat a mozzanatokat kapja el, amelyek lehetőséget nyitnak a terápiás beavatkozásra. Bár ezek nem egymást kizáró attitűdök, az, amelyik elsődleges, jelentékeny mértékben meghatározza az interjú tónusát és irányát. A család pedig az egyik esetben meleg, megértő hozzáállást, a másik esetben pedig érzéketlen, kíméletlen vizsgálódást élhet át.

A *neutralitást*, mint interjúzási elvet azért nehéz megérteni, mivel ebben a helyzetben nem lehet abszolút semlegesnek maradni. Abban a pillanatban, amikor valaki cselekszik, már nem neutrális az adott eseményre nézve. A neutralitás legtisztább megnyilvánulásának első látásra a "nem cselekedni" tűnik, de olyan helyzetekben, ahol a cselek-

vés elvárható lenne, éppen a nem-cselekvés a legkevésbé neutrális. Arról nem is szólva, hogy ez ellentmondana a rendszerszemlélet elvének. A gyakorlatban a kezelő tehát cselekszik, ahogyan azt a többi vezérelv meghatározza, de úgy egyensúlyoz, hogy összességében fenntartja a neutrális hozzáállást (inkább nevezhetnénk ezt semlegesség helyett kíváncsi várakozásnak). Ennél a hozzáállásnál az időfaktor fontos tényező. A kezelő gondosan ügyel a családtagok különböző igényei közötti egyensúlyra. Persze, nehéz dönteni, hogy egy adott, felmerülő témában a kezelő milyen szinten képviselje az értékeket, álláspontokat. Ha nem vállal el egyfajta pozíciót, ez tulajdonképpen az ellenkezőjének a képviselését jelentheti. A "mindkettő/és" szintézise jelenti átmenetileg a megoldást (miután minden szintézis egy újabb dichotómia nyitánya). Az értékek és jelentések vonatkozásában a neutralitás talán a várakozó, állást nem foglaló pozícióhoz van a legközelebb.

Mindezek ellenére a szisztémás családterápiában a neutralitás rendkívül fontos vezérfonal. Annyit jelent, hogy az interjúban azt az álláspontot kell elfoglalnunk: *mindent, ami előkerül, elfogadunk – részrehajlás, vonzódás vagy elutasítás nélkül*. A kezelő nyitott marad, akármilyen történetik és a spontán cselekvés áramlatával halad, nem pedig annak ellenére. Elkerüli azt is, hogy egy témát vagy személyt támogasson vagy elnyomjon. Ráadásul még arra is nyitott kell maradjon, hogy bármikor felülvizsgálja önmaga működését. A neutralitás utat nyit a gondolkodás intuitív, nem tudatos jellegének, s a kezelő ennek révén válik aktívvá a terápiás folyamatban. A neutrális terapeuta nem törekszik arra, hogy pontosan kiderítse, mi az igazság, mi hasznos vagy mi nem, hanem ehelyett a "zárójeles objektivitás" álláspontjára helyezkedik (vagyis elismeri, hogy sokféle "objektivitás" létezhet egymás mellett). Pl. ha a férj panaszkodik arra, hogy a felesége következetlen a gyerekekkel szemben, a kezelő meghallgatja és elfogadja ezt, mint egy aktuális álláspontot, aztán ugyanezt teszi, és ugyanígy elfogadja a feleség álláspontját is. Sem egyetértését, sem egyet nem értését nem fejezi ki egyikkel kapcsolatban sem. Azzal, hogy nem címkézi panasznak, megnyitja annak lehetőségét, hogy más intuitív ötletei legyenek, így pl. az, hogy a férj tulajdonképpen arra kéri a feleséget, legyen elfogadóbb vele. Az interjú során a kezelő megválaszthatja, hogy jelzi-e az egyetértést vagy az egyet nem értést, vagy sem, egy kérdés vagy megjegyzés formájában, de ezt csak stratégiai hozzáállással teheti. A neutralitás maga arra

korlátozódik, hogy a kezelő, amennyire csak lehetséges, megtapasztalja a jelenben zajló eseményeket, és minden előkerülő dolgot, mint szükségessé és kétségtelent fogad el, legyen az a család vagy a saját elképzelése.

Néhány változat ebben a hozzáállásban is megkülönböztethető. Az indifferens neutralitás a legtisztábban azt jelenti, hogy a kezelő egyforma érdeklődéssel fogad mindent. Ez könnyen a bevonódás hiányát közvetítheti a páciensnek. Valamivel differenciáltabb a megerősítő semlegesség, ilyenkor a kezelő a páciens, mint személyt elfogadja, bármit is mond. Ez nagyon bátorító lehet, s a gondoskodó cirkuláris hozzáállással kölcsönösen kiegészítik egymást. "Süket" semlegesség akkor fordul elő, ha a kezelőnek nehézségei vannak mások elfogadásával, és aktuálisan nem tud velük egyetérteni. Ennek következtében meta-helyzetbe kerül és valahogy kívül lesz az interjún. A stratégiás semlegesség a stratégiás hozzáállás felé való eltolódás, amikor a neutralitás használata inkább egy stratégiából fakadó technika, és nem igazán elfogadó attitűd.

A neutralitás lényegileg éles ellentétben van a stratégiás hozzáállással. Míg az előbbi az adott helyzet elfogadására épül, az utóbbi azt tartja szem előtt, minek kellene lennie. Túl messzire eltérve, mindkettő akadályozza a kezelő hatékonyságát. Ha a kezelő mindig csak elfogadja a dolgokat, ahogyan azok vannak, esetleg ő maga gátolja meg a változást. Másrészt, ha túlzottan célratörő, stratégiázó, akkor vakon erőszakosnak tűnhet. Írásaiban Bateson (1972, 1979) óv minket ettől a bölcsesség nélküli vakságtól. Ha a terapeuta nem képes bizonyos fokig semleges maradni, nem tudja megérteni a "másik oldalt". Azok a kezelők, akik túlzottan bevonódnak saját ötleteikbe, saját, "egyedül helyes" megoldásaikba, könnyen erőszakossá válnak a "rezisztens" családdal szemben. Amikor ez történik, a stratégiás módszerek a terápia befejezését veszélyeztetik, és több neutralitás felvállalása a helyes megoldás.

Egy rövid klinikai példával illusztrálhatjuk a neutralitás terápiais következményeit.

Egy inceszt cselekmény miatt vizsgált férfival történt interjú alatt azon kaptam magam, hogy egyre ingerültebb leszek, amiért az nem akarta elismerni tettéért a felelősséget. Eredetileg az volt a szándékom, hogy a viselkedésváltozás első lépcsőjeként erre a felelősségvállalásra bírom rá. Észrevettem, hogy nem vagyok eléggé neutrális, de indulatomban képtelen voltam ezen változtatni. Amikor ez már majdnem elérte a düh mértékét, némi magyarázattal kimentem

a terápiás helyiségből. A folyosón, megpróbálva visszanyerni a semleges pozíciót, rendszerszemléletű hipotéziseket gyártottam arról, hogy a felesége és a mostohalánya mennyire benne lehetnek a férfi inceszt viselkedésében, s ezzel vissza tudtam magamat zökkeníteni egy semleges hozzáállásba. Amikor visszatértem, neutrális attitűdömre reagálva a páciens sokkal nyitottabb kezdett lenni, s kiderült, hogy nagyon is megviseli a saját tette, úgyhogy már az öngyilkosság szélén állott. Ezt követően folytatni lehetett a munkát a kívánt viselkedésváltozás irányában.

Kézenfekvő a kérdés: vajon lehet-e a hozzáállásunk egyidejűleg stratégias és neutrális? A válasz: bár ezek egymásnak sok tekintetben ellentmondó helyzetek, az emberi természet van annyira komplex, hogy tudunk különböző szinteken szimultán létezni. Sőt, valószínűleg a terápiás idő nagy részében nem tudatosan valamennyi hozzáállás-lehetőség többféle vonatkozása is egyszerre megtalálható viselkedésünkben.

A hozzáállások stratégias használata

Mint már korábban megjegyeztük, a stratégias vezetőelv felhasználása különböző szinteken történhet. Voltaképpen a terapeuta befogadó, elméletalkotó és végrehajtó aktivitását egyaránt átfogja. Kiterjed a nem verbális és a paraverbális jelenségekre is. S amit rendkívül fontos, hogy magában foglaljon: a *saját stratégias hozzáállásról szóló stratégias*. Már hivatkoztunk fentebb arra, hogy ez az éppen zajló folyamatokra vonatkozó hipotézis-készítést igényli. Meg kell jegyezzük, hogy vajon a döntéseinknek van-e terápiás hatásuk vagy sem (így az előbbi példában azt, hogy melyik döntés volt a helyes az inceszt páciensnél). A terapeuta annál inkább ki tudja alakítani a saját stratégias hozzáállására vonatkozó stratégias, minél inkább meg tudja személyesíteni ezt a stratégias. Ez alatt azt értem, hogy akcióikért, választásaikért megpróbálnak teljes személyes felelősséget vállalni. Ennek az álláspontnak az ellentetje a projektív stratégias hozzáállás, amikor a döntéseket a kezelő azért hozza, mert arra "kényszerül", vagy "nincs más választása" (pl. a kezelés "korrekt" szabályai vagy az "igazi" helyzet miatt). A választás személyes felvállalása sokkal nagyobb szabadságot és rugalmasságot biztosít a terapeutának stratégias manővereiben. Mindig

könnyebb megváltoztatni valakinek a saját elképzeléseit, mint egy "kívülről meghatározott" helyzetet.

A stratégiás működés másik nagyobb dimenziójaként vehetjük fel azt, hogy éppen milyen aktivitási egységben történik az. Ez nyilván kapcsolódik a stratégiás fókusz szintjéhez (valamilyen nem verbális reakció, mozdulat – adott típusú kérdés – általánosabb terápiás technika alkalmazása – elvi hozzáállás kiválasztása s így tovább), de nem kizárólag ez határozza meg. Ebbe az írásba nem fér bele annak taglálása, hogyan segíti a stratégiás hozzáállás az egyes terápiás technikákat – most legfontosabb azt kiemelni, hogy a stratégiás hozzáállás az interventív interjúzás alapja.

Az interjúzás ezen perspektívájában az első feladata annak megállapítása lenne, hogyan lehetne stratégiásan meghatározni olyan jól csiszolt elvi hozzáállásokat, amelyek alapján bármely pillanatban a spontán akciók a legvalószínűbben terápiás hatásúak. A terapeuta tudatosan megfontolhatja, hogy mit tegyen, kritikusan megvizsgálhatja saját aktuális képességeit (pl. egy szupervizor segítségével) és elhatározhatja, hogy bizonyos képességeit, jártasságát erősíti, módosítja. Így, ha a rendszerszemléletű hipotéziskészítésben akar jártasabb lenni, csatlakozik egy rendszeresen brain- storminggal dolgozó munkacsoporthoz. Olykor elméleti tanulmányok, önfejlesztés vagy sajátélményű terápia szükséges. Amint kialakul az a biztonság, hogy a terapeuta tud bánni már egy bizonyos technikával, az adott hozzáállásról szóló döntésekről figyelme a magatartási következmények felé csúszik, azaz az abból fakadó speciális kérdések, megoldások, nem verbális aktivitás felé.

A második feladat lenne a terapeuta tudati folyamatainak az irányítása. Így pl. az a logikus menet, hogy fókuszált figyelemmel átnézzük a cirkuláris megoldásokat, majd ugyanazokat a hipotézis-készítés, a stratégia-alkotás és a neutralitás szemszögéből, majd visszatérünk a rendszerszemlélethez. Más szavakkal, a terapeutáknak először rendszerszemlélettel kell a család rekurzív, ismétlődő mintáiban belátást nyerni, majd átteszi ezeket a megfigyeléseket a hipotézisalkotás tartományába. Kialakítva valamilyen hipotézist (amely lehetőleg azt is tartalmazza, hogy még nincs a családról egy biztos hipotézisünk), megfontol néhány stratégiás változatot a tekintetben, hogy milyen sorrend szerint haladjanak (pl. lehet az a döntés, hogy az első lépés további információk szerzése kell legyen), és ezt hogyan tegyék. Ezek

a döntések aztán célzott akciók alapjául szolgálnak (ilyen lehet pl. a küldő személy indítékát firtató kérdés). Miután az intervenció megtörtént, a terapeuta visszaugrik a neutralitás állapotába, megfigyelendő, hogy mi fog történni. Ekkor látja a családban levő mintákat (tegyük fel, az apa félbeszakítja az anyát, kihangsúlyozza, hogy a gyermekorvos küldte őket), s kezdődik újra a kör. Az új megfigyelések a hipotézis-készítés folyton járó malmába kerülve, egy módosított hipotézishez vezetnek (úgy látszik, az apa bagatellizálja a családi indítékokat a segítségkeresésre). A kezelő ekkor ismét stratégiát választ azzal kapcsolatban, hogy mit tegyen (pl. eldönti, hogy az anyát fogja megkérdezni). Tehát, ahogyan az interjú folyik, a kezelő sorrendben a rendszerszemléletű, a hipotézisalkotó, a stratégiás és a neutrális hozzáállások végtermékeire figyel, s ez a kör ismétlődik folyamatosan (mint egy tudományos kutatásnál). Az interventív interjúzás terápiás hatékonyságát valószínűleg jelentékenyen megemeli, ha a kezelő a gondolkodásnak és cselekvésnek ezt az ismétlődő menetét kellő jártassággal alkalmazza. A terapeuta további feladata az, hogy kifejlessze a terápiás rendszer jelzései iránti speciális érzékenységet. Ezáltal lesz képes észrevenni, hogy az elvi hozzáállásban kell valamilyen nagyobb váltás. Pl. amikor az interjú atmoszférája erőltetetté vagy opponálóvá válik, ennek valószínűleg a terapeuta túlzottan stratégiás hozzáállása lehet az oka. A család a kezelőt túlzottan ítélkezőnek vagy követelőzőnek is érezheti. Ezek jelzések a kezelő számára, hogy váltson, legyen neutrálisabb. Másfelől, ha egy ülés nagyon unalmas, több, valószínűleg nyomatékosabb stratégiás hozzáállásra van szükség. Amikor úgy tűnik, hogy a kezelő elvesztette az irányítást, hipotézis készítés szükséges. Ha úgy látszik, hogy bár vannak világos hipotézisek, az ülés mégsem gyümölcsöző, több kifinomult figyelmet kell arra fordítani arra, amit a páciensek aktuálisan csinálnak: rendszerszemléletű visszajelzésekre van igény. Új megfigyeléseket kell gyűjteni, amelyek visszahatnak a kezelő már meglévő hipotéziseire. Az ilyen jelzések észrevevéssel és a rájuk való reagálás megtanulásával tud a terapeuta elég nyitott maradni ahhoz, hogy időnként újraértékelje a helyzetet és finomítson a korábbi hozzáállásokon. A folyamatosan intervencióknak kitett családtagok nem tudnak tökéletes homlokzatot alkotni, mindig be lehet látni mögéjük, mindig jönnek új információk. Ha azonban a kezelő nem elég érzékeny, pl. a csalásra nincs "kihegyezve", akkor gondoskodó cirkularitása naivitásba csúszik át, a dörzsölt kliensek jószándéka,

bizalma félrevezeti. Itt igen fontos, hogy fel tudja ismerni az igazi változást (önmagában, a családban és a terápiás rendszerben egyaránt). Végül aztán a hozzáállások mozgósítása, fenntartása, változtatása – s mindez egy egységes stratégiába összekomponálva – a terapeuta ösztönös belső folyamatává válik (éppúgy, mint a hozzáállások maguk is). Ekkor "lebeghet" igazán szabadon a terapeuta tudatossága, s ez az, amire leginkább szükség van ahhoz, hogy az interjú terápiás hatását megnöveljük.

II. REFLEXÍV KÉRDEZÉS A BEAVATKOZÓ INTERJÚBAN

A reflexív (kapcsolatteremtő, visszatükröző, gondolkodtató) kérdezés az interventív interjúzás egyik fő jellegzetessége, és arra irányul, hogy a családokat vagy klienseket új gondolati és viselkedési minták kialakítására sarkallja. A kezelő facilitáló, serkentő pozíciót vesz fel, és szándékosan olyan kérdéseket tesz fel, amelyek erre a célra alkalmasak. A kérdésekben rejlő és változást létrehozó mechanizmus a tükröztetés (reflexivitás) a családi hiedelmek jelentésszintjei között. Ezzel a fajta kérdezési móddal a kezelő képessé válik az interjú terápiás hatékonyságának fokozására.

Bevezetés

Az itt összegzett munkához egy Rotterdamban szerzett tapasztalat adta a kezdő lökést.

Egy családot figyeltem a tükör másik oldaláról, az ülést egy kiképzésben levő terapeuta vezette. Középkorú szülőkről és 8 gyermekükről volt szó (terhességtől tizenévesig). Azért kerültek terápiába, mert az apa nagyon durva volt az idősebb fiúkkal való foglalkozás kapcsán. Néhány rendszerszemléletű kérdés gyorsan kiderítette, hogy a szülői funkciókban van egy hasadás, az anya vette fel a meghitt, tápláló szerepet, az apa pedig a keménykezű tanítómestert. A gyermekek *zsarnoknak* festették le az apjukat, aki mindig dühös és értelmetlen követeléseivel vannak. A gyermekek nem verbális viselkedése az anyával való szoros koalíciót fejezett ki. Ahogy az ülés haladt, az apa egyre feszültebb és elzárkózóbb lett.

A kialakuló feszültség miatt félbeszakítottam az interjút, és azt javasoltam a kezelőnek, hogy kérdezze meg mindegyik gyereket: "Ha valami történne az anyáddal, mondjuk súlyosan megbetegedne vagy talán meg is halna, hogyan változna a viszony az apád és a többi testvéred között?" Így is történt, az első gyerek válasza az volt, "Jaj, az még rosszabb lenne, ő még durvább lenne!" A második válasza: "De akkor látnia kellene a többi dolgot is és segítenie"; a harmadik már úgy felelt, hogy "Igen, valószínűleg segítenek nekünk a főzésben és a takarításban is." Amint a gyerekek válasza befejeződött, az apa elkezdett meleg, gondoskodó szavakkal beszélni, ellazult és bekapcsolódott. A kérdésben rejlő szándék ezzel teljesült.

Később, az ülés-szüneti megbeszéléskor a csoport kimunkált egy hipotézist a családi dinamikáról. Egyetértettek abban, hogy az apa súlyosan megszegyenítve eléggé izolálódott a családtól. Ez a helyzet érzékenyítette őt arra, hogy mindig dühös és büntető legyen. Dühössége viszont még jobban összehozta az anyát és a gyermekeket, még kollektívebben őt hibáztatták, és magányossága fokozódott. Az ülés végén adott értelmezést ezért ennek a megszakítására szánták, egy olyan paradox megfogalmazással, hogy az apa zsarnoki viselkedése segíti elő azt, hogy az anya és a gyermekek közel kerüljenek egymáshoz és segítsék egymást. Ezt a fogalmazást hallva, a gyermekek azonnal tiltakoztak, és kijelentették, hogy az ő apjuk *nem zsarnok*. Ők tudják, hogy nagyon is érzelmes és segítőkész. A család válasza meglepte a kezelő teamet, különösen, miután az apát annyira negatívan írták le az interjú elején. A továbbiakban nyilvánvalóvá vált, hogy míg a kollégákat az interjú elején szerzett benyomások kötötték le, a gyermekek az ülés folyamán megváltoztatták nézeteiket az apáról. Más szavakkal, a család hozzáállása az apához jobban megváltozott, mint a tükör mögötti csoportét! Voltaképpen a lezáró értelmezésre nem is lett volna szükség.

Hogyan jött létre ez a változás a családban? Úgy tűnt, hogy a gyerekekhez intézett előbbi kérdés (az anya feltételezett hiánya után elképzeltekről) szakította meg a hibáztatás malignus körét, ezután konstruálták meg a gyerekek a gondoskodó apa képét. Ez a változás nemcsak az interjú további menetét tette zökkenőmentessé, hanem a család tagjaira is jótékony, gyógyító hatással volt, és új viszonyuláshoz segítette hozzá őket. De miért volt ez a kérdés annyira terápiás hatású? Hogyan alakult ki a hatása a családra?

Ezeket a témákat feszegetve, elkezdtem keresni más, hasonlóan jó terápiás hatású kérdéseket. Meglepetésre, nagy számban lehetett ilye-

neket találni. Úgy látszott, számos klinikus használ ilyeneket időről időre, bár különböző mértékben és tudatossággal. Számtalanszor beszélgettünk az ilyen típusú kérdések természetéről, míg végül is "reflexívnek" neveztem el azokat. A névadás nagyon hasznosnak bizonyult, a reflexív kérdések egyre érthetőbbek és valóságosabbak lettek előttem. A gyakorlatban is egyre gyakrabban kezdtem ezeket alkalmazni. Az üléseimen már ez a fajta kérdés van többségben, és az ülést lezáró értelmezés szükségessége teljesen elhalványodott, sőt, olykor majdnem irrelevánsnak, vagy egyenesen ellenjavalltnak látszott. Bár még ma is használók olykor lezáró értelmezést, egyre inkább úgy tekintem, mint a kezelési folyamat egy részletét, és nem tartom lényeges terápiás hatótényezőnek.

Egy elméleti megfontolás

A "reflexív" kifejezést *Pearce* és *Cronen* kommunikációelméletéből (1980) vettem át. Ebben az elméletben a reflexivitást a kommunikációs aktusokat vezérlő hiedelemrendszeren belüli jelentések közötti viszony fontos jellemzőjének tartják. *Cronen* és *Pierce* rövid leírása segít annak megértésében, hogy tulajdonképpen mit jelent a reflexivitás, és miért választottam az ilyen kérdések jelzőjéül.

Ez az elmélet (CMM teória = Coordinated Management of Meaning) az emberi kommunikációt egy olyan összetett interaktív folyamatnak tartja, amelyben a személyek között lezajló történések jelentéseket generálnak, tartanak fenn, és időről időre megváltoztatják azokat. Nem egyirányú közlésekről van szó, egy aktív és egy passzív fél között, hanem egy cirkuláris, dinamikus folyamatról, amely mindkét résztvevőt bevonja. Az eredeti leírás szerint két fő szabálytípus szervezi ezt a folyamatot: az egyik szabályozó, a másik jelentésadó jellegű. A regulatív, szabályozó folyamat annak a mértékét határozza meg, hogy az adott viselkedésnek mennyire kell belépni vagy elkerülni bizonyos helyzeteket. Például egy kommunikációs rendszer regulatív szabálya kimondja, hogy "ha valakinek az integritásáról van szó, akkor kötelező azt megvédeni". A jelentésadó mechanizmus egy adott viselkedést, állítást, eseményt stb. ruház fel valamilyen jelentéssel. Így pl. meghatározza, hogy "a vita közegében egy bók szarkasztikus vagy ellenséges, és nem igazán baráti vagy respektust kifejező". A CMM elmélet szerint

ezeknek a folyamatoknak a szövevénye vezérli pillanatról pillanatra az emberek közlési akcióit.

Batesonra hivatkozva (1972) Cronen és Pearce feltételezik, hogy a kommunikációs rendszerekben hierarchia található. Hat jelentési szintet különítenek el (szemben a Watzlawick, Jackson és a Mental Research Institute által népszerűsített nézetekkel, miszerint a jelentéseknek két szintje van, egy jelentés- és egy parancs-szint). Megint csak Bateson nyomán azt is felvetik, hogy a szintek között nem a Russel és az MRI által feltételezett lineáris, hanem cirkuláris a kapcsolat: tehát nemcsak a viszony (parancs-szint) hat a közlés tartalmára (jelentés-szint), hanem a közlés tartalma is visszahat a parancs-szintre, a kapcsolat jelentésére. A hat szint Cronen és Pearce szerint: a tartalom, a beszédmód, az epizód (ez náluk a szociális találkozás elemi egysége), a személyközi kapcsolat, az egyéni szkript és a kulturális minta, s bármely két szint között cirkuláris, reflexív a kapcsolat. Minden szint jelentése visszahat a másikkra. Ennek értelmében tehát nem egy egyszerű hierarchiáról, hanem egy önszabályozó hálózatról.

Továbbmenve, a szerzők leírják ennek a reflexív, visszaható viszonyoknak a jellegét jelentésadó szabályok között. A kölcsönhatások két iránya nem mindig egyforma erejű, sőt, a szintek egymásközi viszonya is állandóan mozgásban van. Ez az, ami miatt a kommunikációs viselkedésben hirtelen változásokat látunk.

Tegyük fel például, hogy két személy kölcsönösen barátnak ismeri el egymást. Mindegyik baráti interakciót vár el, ha találkoznak. Tehát a kezdeti akciók barátságosnak indulnak, s mindegyik igyekszik a másik akcióját barátságosnak értékelni. Más szóval, a kapcsolatból fakadó jelentés határozza meg a konkrét cselekvés jelentését. Azonban, mondjuk, beszélgetés kerekedik és ebből kiderül, hogy egy témában nem értenek egyet. Ha a barátság ereje továbbra is megmarad, akkor a kölcsönös respektus segít tisztázni a véleményeltérést. Ez a nézetkülönbség azonban még sincs teljesen hatás nélkül a viszonyra: a barátságban zavar keletkezik. Ha azonban az előbbi nézetkülönbség egy magasabb szinten jön létre, pl. egy etnikai vagy szkriptet érintő kérdésben, felülkerekedik a kapcsolat eredetileg baráti voltán – az epizód tehát újradefiniálja a viszonyt, pl. versengéssé vagy haraggá. Ha ez megtörténik, még egy bocsánatkérést is gyanakvással fogadnak a másiktól, az új viszonynak megfelelően.

A bevezetőben említett családnál a kérdés ennek a folyamatnak az ellenkezőjét indította be. Annak a felvetésével, hogy mi lenne az anya hiánya esetén, az apa és a gyermekek kapcsolata újradefiniálódott, és az apa szülői funkciói a családban nyilvánvalóbbakká váltak. Az apáról szóló válaszokban van egy bennfoglalt, implikatív erő, amely elég hatékony volt ahhoz (talán azért, mert 8 gyermeket lehetett végigkérdezni, és mindegyik továbbfejlesztette az előző válaszát), hogy az egyes jelentésszintek közötti hierarchiát megfordítsa. Ebben az esetben a változás egyértelműen terápiás hatású volt.

A CMM elmélet legújabb eredményei szerint a jelentésszintek közötti reflexív viszonyoknak két variációja van (Cronen 1982). Rájöttek arra, hogy ha a szöveges és a bennfoglalt hatás viszonylag egyforma mértékű, akkor a közlésben rejlő reflexivitás aktiválódásával egy fordulat ("kanyar") alakul ki. Két fajtáját írták le: a "szokatlan kanyar" azt az esetet jelenti, amikor a reflexív folyamat kifejezetten átrendezi a jelentést, pl. megfordítja vagy erősen kiegészíti azt. Kisebb fordulat (az "enyhe kanyar") esetén a jelentés lényegében ugyanaz marad, itt csak kis változások keletkeznek, pl. egy ellenséges viszony csak konfrontatívva minősül át. A változások nem nagyok és drámaiak, hanem inkább szubtilisak, a viselkedésmintákban azonban ez a folyamat mégis jelentős. A kezelő kérdezhet úgy, hogy elősegíti a családban már meglévő egészséges minták kiemelődését, vagy hogy a kérdései a kialakuló új mintákat stabilizálják. Az említett családnál a kérdező a kezdeti reflexív kérdés hatását olyan kérdésekkel igyekezett erősíteni, mint pl. (az anyához) "Amikor otthon vannak, melyik gyerek lenne a legalkalmasabb arra, hogy utánanézzon, miben tudna az apjuk segíteni nekik? ... Ki lenne a második jelölt erre? ... Ki a harmadik?" A gyerekekhez: "Ha az apád meggyőződne arról, hogy te belül értékeled, amit értetek tesz, könnyebb vagy nehezebb lenne neki eltűnni, ha hibáztok? Az apához: "Ha elhatározta, hogy mint apa, meg akarja győzni a fiát arról, hogy valóban fontos önnek, hogyan kezdene hozzá? ... Ha mentegetőznie kellene, mert felismerné, hogy túl messzire ment a felügyeletben, mit gondol, inkább tartanak gondoskodó szülőnek vagy sem? ... Ha a felesége elhatározná, hogy segít magának egy pozitívabb értékelés elérésében, mit tenne?" Ezek a kérdések alkalmasak az "új realitás" megszilárdítására, és a családot új akciók és gondolatok felé terelik.

A kérdések önmagukban lehetnek próbálkozások, pozitív ingerek vagy zavart okozóak. Csak beindítják a családi hiedelemrendszeren belül a jelentések közötti reflexív tevékenységet. Arról van tehát szó, hogy a család közben autonóm egység, a kérdések speciális hatását nem a terapeuta, hanem a kliens vagy a család határozza meg. Az eddigiekből következik az is, hogy a változást nem a belátás hozza létre, hanem a reflexivitás. A jelentésszintek közötti szerveződésbeli változások nem jutnak el a tudatosság küszöbéig (még akkor sem, ha maguk a családtagok a reflexív változás következményeit tudatosan átélik).

Mindebből definitíven következik tehát, hogy a *reflexív kérdések* azok, amelyek használatával *megindítható a meglévő hiedelemrendszer jelentésszintjei közötti kölcsönös tükröztetési folyamat, és ez képessé teszi a családtagokat, hogy konstruktív gondolati és viselkedési mintákat fejlesszenek vagy terjesszenek ki.* Ennek a folyamatnak az eredménye a család vagy az egyén öngyógyító változása. Fontos megjegyezni, hogy bizonyos kérdések reflexívnek való minősítése a terapeuta szándékán alapul. Ennek a szándéknak a fennállása különbözteti meg ezeket a reflexív kérdéseket azoktól, amelyeket a cikk III. részében tárgyalunk. Elegendő legyen itt annyit mondani, hogy ezeket a kérdéseket nem szemantikai tartalmuk alapján lehet definiálni, hanem a terápiás szándék szerint. A velük kérdezés folyamata valósítja meg a reflexív kérdezést. Magában foglalja a nyelv gondosan megtervezett, szándékolt használatát, amely a stratégiás hozzáállás inkább facilitáló és nem annyira direktív mozzanatát hordozza.

A reflexív kérdések típusai

Enormis számban vannak olyan kérdések, amelyeket reflexíven lehet alkalmazni. Változtathatók, mint a kezelő hipotézisei az adott családról, és hasznosnak vélt stratégiái. Talán mégis hasznos, ha önként adódó csoportokba szedjük őket: jövőre irányuló, megfigyelő perspektívájú, rejtett összefüggéseket kiemelő, burkoltan sugalmazó, a normálshoz viszonyító, különbségeket tisztázó, hipotézist bevezető és folyamat-megszakító kérdések. A csoportosításban persze jelentős átfedések vannak. Sorrendjük és osztályozásuk az interjúban történő alkalmazásra vonatkozóan semmit sem jelent. A példákat csupán azért

hozzuk, hogy illusztráljuk az egyes kérdésfajtákat. Minden egyes, reflexívnek értékelt kérdést az adott ülés folyamatába ültetve kell elemezni.

Jövőre irányuló kérdések

Rendkívül fontos csoport. A problémás családok gyakran annyira el vannak foglalva a jelenlegi nehézségekkel vagy a múltbeli sérülésekkel, hogy úgy élnek, mintha nem is lenne jövőjük. Annyira nem figyelnek előre, hogy eközben el is szegényítik a jövőbeni alternatívákat és esélyeket. Megfontolt kérdezőzéssel a kezelő felkészítheti a családtagokat ebben a vonatkozásban. A jelenhez vagy a múlthoz "láncolt" családok tagjai ezekre a kérdésekre általában nem tudnak felelni az ülés folyamán, ez azonban nem kell eltérítse a kezelőt a kérdezőzéstől. A kliensek "hazaviszik" a kérdést, és az tovább munkál bennük, s ennek természetesen a jelen viselkedésre is hatása van. A jövőre vonatkozó kérdések ezen keresztül fejtik ki reflexív hatásukat. (Penn más elméleti nézőpontból, mint "előre-hátra" technikát, írja le a jövőkérdéseket, 1985)

Néhány altípust is meg lehet különböztetni itt. A legegyszerűbb és legegyszerűbb a *családi célokra irányuló*: mit tervez az iskola befejezése után, mit tervez a pályáján, mi másra gondol még, milyen végzettségre lenne szüksége, milyen fajta munkatapasztalat lenne hasznos majd az állásában (serdülőkhöz). Mit gondolnak a gyerek jövőjéről; mi lenne ésszerű a következő évben; vannak-e olyan célok, amiben mindnyájan egyetértenek, és képesek is lennének azokért közösen tenni valamit; hogyan akarják elérni ezeket a célokat (szülőkhöz). A kezelő hasznosnak érezheti, ha a ködös célokat cselekvésközelbe hozza: hogy akarják elérni azt, mit kellene tenni, hogy az teljesüljön stb. Ezeknél a kérdéseknél nem a válasz tartalma a fontos, hanem az, hogy a kliensek szembesüljenek ezekkel a kérdésekkel, és éljék át a bennük rejlő implikációkat. Persze, a válaszokban lehet egy csomó hasznos adat is, amelyet a kezelő a hipotézis- és stratégia-készítés révén további kérdésekbe fogalmazhat bele.

További kérdéstípus a *várt kimenetelre vonatkozó*: milyen haladásra számítanak a következő alkalomig, a következő félévben, ki lenne a legjobban meglepve, ha ezt elérnék, ki csalódna, ha nem érnék el, hogyan mutatkozna meg ez a csalódás? Ki lehet emelni a lehetséges

következményeket, amelyek előfordulhatnak, ha adott megoldások, minták ismétlődnek: ha a férj továbbra is mindig megsértődik, mit gondol, mi fog történni a maguk kapcsolatában, mi lesz ebből 5 év múlva? A *“katasztrófa”-elvárások* felkutatása jó lehetőség arra, hogy rejtett témák előkerüljenek: mitől lenne a legszomorúbb, ami előfordulhat, ha a lánya mindig ilyen sokáig kimarad, mi a legrosszabb, ami az eszébe jut; (a lányhoz) mit gondolsz, mitől félnek a legjobban a szüleid, mi az a szörnyű dolog, ami egész éjjel ébrentartja őket? Ha a család erre nem nyílik, jöhetnek az elméleti lehetőségeket felvető kérdések: el tudnád képzelni, hogy milyen szomorúak lesznek a szüleid, ha drogos leszel, ha terhes leszel stb. Járulékos kérdések lehetnek a *jövőbeni cselekvésre, elképzelésekre vonatkozó*: (a szülőkhöz pl.) ha eldöntötték, hogy nem tudják korlátozni a lány szex ügyeit, érzik-e, hogy neki többet kellene tudnia a teherbeesés kockázatáról, stb; (vagy a lányhoz) segíthetnek neked a szüleid, amikor majd gyermektartási pert indítasz a fiú ellen?

Azok a *jövőre irányuló kérdések*, amelyek elméleti lehetőségeket vetnek fel, abba a helyzetbe hozhatják a kezelőt, hogy saját ötleteinek bevitelével közösen dolgozzon a családdal a jövőn. Stimulálhatják a családot arra, hogy olyan lehetőségekkel foglalkozzon, amelyek még sosem fordultak meg gondolatukban. A kérdés formája felhasználható arra, hogy történetek és dilemmák is bekerüljenek az ülésre: Képzeljük el, hogy a nővéred találkozik egy férfival, akit megszeret, és ez megállítja az ivását...” Ebben a kérdésben is benne van, hogyan lehet behozni a reményt és beindítani a jövőbe vetett optimizmust.

A megfigyelő-perspektíva kérdései

Ez a fajta kérdés azon a feltevésen alapul, hogy az első szükséges feltétele annak, hogy egy jelenséggel vagy mintával tudjunk valamit kezdeni, az, hogy először is meg tudjuk azt figyelni. Ezért a kezelőnek képesnek kell lennie arra, hogy még a dologban érintetteket is tudja megfigyelő-helyzetbe hozni, vagy legalábbis a saját megfigyeléseit nyújtani nekik. Például, amikor a családtagok nem ismerik fel, mennyire nyakló nélkül bántják egymást, akkor a jószándékuk sem fog előkerülni, hogy ennek véget vessenek. Ezek a kérdések arra irányulnak, hogy segítsék a családot, hogyan tudnak megkülönböztetni dolgokat, eseményeket, mintákat, amelyeket addig nem tudtak, hogyan

lássák meg bizonyos viselkedések jelentését, szerepeiket stb. Egy széria ilyen kérdés kinyithatja a család "szemét", és kialakíthat egy újfajta tudatosságot. Természetesen lehet direkt állításokat is tenni ahelyett, hogy közvetetten, kérdésekkel haladunk, némely esetben ez még hasznos és kívánatos is. Azonban vannak előnyei annak, ha olyan közeget teremtünk, amelyben a családtagok alakítják ki a régítől eltérő viselkedést. A családtagokat először arra kell rávenni, hogy jobb megfigyelői legyenek saját viselkedésüknek, majd amikor felfedezték a változásokat, bízzanak jobban saját gyógyító erejükben. Ennek következtében a terápiában csökken a kezelőtől való függés is.

A megfigyelő-perspektíva kérdések osztályozhatók aszerint, kit kérünk meg, hogy kommentáljon és hogy mit kommentáljon. Lehet intézni magához a klienshez, azzal a céllal, hogy *legyen jobb megfigyelő*: pontosan mit érzett; hogyan tolmácsolná a szituációt, amelyek ezeket az érzéseket kiváltották; amikor úgy válaszolt, mit gondolt a reagálásáról; mit tehetett volna még; ha lenne módja, mit tenne másképpen. Lehet fokozni a többiek megfigyelésének hatásfokát: mit gondolhat most ő erről; el tudja képzelni, mit élhet át ő, amikor ilyen helyzetbe kerül. Nevezhetnénk "gondolatolvasó" kérdéseknek is ezeket. Ki lehet bontani az interperszonális észlelést is: mit gondol ő arról, hogy maga mit gondolhat, amikor ő öngyilkossággal fenyegetőzik? Vonatkozhatnak a kérdések a két ember közötti cselekvésre is, ezek rendkívül fontosak a diádikus, triádikus, vagy még bonyolultabb kapcsolatokban rejlő rekurzív minták felderítésében. Pl. egy házaspárnak úgy lehet segíteni, hogy megértsék viselkedésük kölcsönösségét, ha megkérdezzük a feleségtől: mit csinál, ha ő depressziós és visszahúzódó? És amikor aztán maga dühös és türelmetlen lesz, erre mi az ő reakciója? És azután, amikor ő még jobban visszahúzódik, akkor maga mit csinál? Ilyen kérdésekkel könnyebb megszakítani az addigi viselkedést, mint ha a pár csak a szimpla ok-okozat viszonyt látja. A szisztémás terápiaiban a "triádikus kérdés" annyit jelent, hogy kérdéseket intéznek egy harmadik félhez a másik kettő közötti kapcsolatról. Ezáltal ez a harmadik személy neutrálisabb megfigyelővé válhat.

A családtagok együttes megfigyelése a családterápiában abból a szempontból is előnyös, hogy az egyik családtag kérdése a többiek jelenlétében a többieket a megfigyelő pozíciójába helyezi. Ezek a "passzív" megfigyelők nagyon sok új információt gyűjtenek, nemcsak a hallott és látott válaszokból, hanem a közben magukban adott vála-

szokból is. Rájönnek a különbségekre a címzett és a saját válaszaik között, valamint arra is, mit képzeltek ők a válaszról, és mit hallottak ténylegesen. Ez a technika a párterápiákban mindig felhasználható, de csak megfontolt használata segít a párnak. Akkor hatékony, ha a terapeuta kielégítően involválódik és dinamikus páros kapcsolatba kerülnek (mármint a pár és a kezelő) – ekkor látja, hogy azok mit látnak meg s mit nem; érzi, hogy azok mit hallanak meg és mit nem.

Érdekes megfigyelés, hogy az egyéneknek nem kell szükségszerűen tudatában lenniük a kérdezés közben előkerült és viselkedésükre ható felismeréseknek. A terapeuta kérdéseiben, vagy a család válaszaiban foglalt jelenségek és viszonyulások nem tudatosan is beindíthatják a gondolati vagy cselekvési minták megváltozását. Másrészt, szükséges, hogy a családtagok teljesen tudatosak legyenek afelől, amit szándékosan tesznek.

Rejtett összefüggéseket kiemelő kérdések

Minden jelentést, tartalmat, összefüggést fel lehet fogni úgy, mint egy másik jelentéstől, tartalomtól különbözött. A kettő vagy ellentmond egymásnak, vagy kiegészíti egymást, azonban gyakran az első jelentés annyira "magától értetődő" annak a számára, aki a kijelentést teszi, mintha azt kiegészítő, vagy annak ellentmondó értelmezések nem is léteznének. Könnyű elfelejteni azt, hogy a "rossz" csak a "jóval" való viszonyban létezik; hogy a szomorúságot csak a boldogság kontrasztja emeli ki. Az észrevétlen maradt összefüggéseket kiemelő kérdések arra összpontosítanak, ami a család előtt rejtve maradt vagy akár "elvezett". A kliensek bizonyos eseményeket gyakran csak egyfajta pozícióból akarnak látni, és ennek megfelelően viselkedésük is "csőlátásra" kényszerül. Olykor meg kell mutatni nekik a dolgok másik oldalát is, hogy fel tudják fedezni új lehetőségeiket. Néhány jól irányzott kérdés megteszi ezt.

Az ilyen típusú kérdések egyik csoportja az *eredetivel ellentétes összefüggést* emeli ki. Például a feleség depressziójával érkező pár hosszan sorolja a tágabb családban előfordult különféle betegségeket, a feleséget teljesen lefoglalják ezek a dolgok. Egy reflexív kérdéssel megpróbálhatunk egy váltást beindítani: Mikor történt utoljára, hogy maguk ketten együtt jól szórakoztak? Mit csinált akkor olyasmit, amit élvezett? Milyen alkalmakkor szoktak ünnepelni? Ennyitől a feleség hirt-

len rájöhet, hogy "ők még élnek", jó jövedelmük, megfelelő lakásuk van stb. A következő ülésre a pár mosolyogva jött, közölték, hogy elhatározták, befejezik a terápiát és szabadságot vettek ki, évek óta először.

Egy-két közbevetett kérdés a dolgok *ellentétes vagy kiegészítő tartalmáról* felébresztheti a családtagok érdeklődését abban a vonatkozásban, hogy ne a korábbi fixációkkal közelítsenek meg egy kérdést. Pl. gyakran panaszkodnak az állandó vitatkozásról, veszekedésről a családban. Ekkor az a kérdés, "Ki leli ebben leginkább az örömét? Kinek lenne a legnagyobb hiányérzete, ha ez hirtelen abbamaradna?", az ellentétes összefüggést emeli ki. Fel lehet fedni a status quo konzerválásának az igényét is: "Tegyük fel, lehet valamilyen fontos oka annak, hogy ezt teszik, mi lehet az? Mi lehet a családban, ami ilyenfajta viselkedést igényel?"

Ezeket a kérdéseket *paradoxonként* is lehet használni. "Nem tudtál lopni valami jobbat, mint ezt? Hogyan kaptak el olyan könnyen?" Az ilyen kérdésekben ott bújkál egy paradoxon: a lopás jó, pedig rossz; a lebukás rossz, pedig jó. Ezek a kérdések, megfelelő óvatossággal, a félt impulzusok elérésére is felhasználhatók: "Mi az, amiért még nem ölted meg magad? Milyen gondolatok kellenek ahhoz, hogy valaki meghaljon?" Ha ezeket a kérdéseket egy olyan pácienshez intézzük, aki küszködik az öngyilkosság eszméivel, ezek a kérdések elősegíthetik a helyzet újraértékelését.

Burkoltan sugallmazó kérdések

Ezek akkor segítenek, amikor a családot "lökdösni kell" valami felé. Minden kérdésben lehet valami utalás arra az irányra, amelyet a kezelő gyümölcscsőzönek tart. Ha azonban a kezelő túl keményen kezdi arrafelé nyomni a páciens, hogy fogadja el a problémákat úgy, ahogy ő látja, akkor ezek már stratégiás kérdéseknek tekintendők (ld. a cikk III. részében). Nem okoz szükségszerűen problémákat a terápiában, de gyakran vezet "quasi-tanításhoz". Ezt azzal lehet csökkenteni, hogy a kérdés feltevése után a terapeuta gyorsan a neutrális hozzáállásba húzódik vissza és elfogadja a páciens választát, bármi legyen az.

Nagyon sokféle javaslatot lehet kérdésbe ágyazni. Pl. egy újrafogalmazást, egy másféle cselekvést, egy konkrétabb akaratot (Mikor határozta el, hogy elveszti az étvágyát?" – mondhatjuk egy anorexiásnak).

Bocsánatkérés, engedély is lehet a kérdésben. Majd minden kérdésben lehet találni egy vagy több beágyazott javaslatot, azonban, a reflexív kérdés lényegének megfelelően, ez nem történhet vaktában, hanem csak pontosan a kezelő szándékainak irányában.

A normálishoz viszonyító kérdések

A problémás egyének vagy családok könnyen élik meg magukat deviánsnak vagy abnormálisnak, s szeretnék a normálisakhoz tartozni. A kezelő kiaknázhathatja ezt a vágyat, és segíthet nekik, hogy megtudják, mi lenne az egészséges. Pl. ha egy konfliktus el van titkolva a családban, egy ilyen kérdés: "Mit gondol, maguknál nyíltabbak a nézeteltérések, mint másoknál vagy nem? Egészséges családoknál nem képesek nyíltan elvállalni minden ilyent?" A kérdés kiemelhet egy *fejlődési normával való kontrasztot* is: "A legtöbb családban ebben az életszakaszban a fiúk közelebb vannak az apjukhoz. Mi köti Juant annyira szorosan az anyjához?" Vagy egy kulturális normát célozhat meg. Azzal, hogy a terapeuta kiemeli a normálistól való eltérés valamilyen vonását, beindíthat változásokat a családi hiedelemrendszerben.

A normálisra való utalás másféleképpen is történhet. A különbségek helyett lehet a *hasonlóságokra is összpontosítani*. Akkor javallt ez, ha a kezelő úgy látja, a család által érzékelt deviáció fokozódó izolálódást eredményez. Ilyen esetben a különbségek kihangsúlyozása csak rontja a helyzetet, s inkább arra kell törekedni, hogy a család újradefiniálja magát, mint normális családot. Lehet hangsúlyozni a fejlődésbeli, a kulturális vagy a szociális normalizációt.

Hasznos lehet, ha a terapeuta kérdéseivel egy nagyon egyedül álló páciensnél a normálishoz való tartozás érzését segíti elő, pl. egy szuicid páciensnél a családtagoknak utal arra, hogy sok embernek vannak időlegesen szuicid gondolatai: "...Mit gondolnak, ha ő elhinné, hogy másoknak is vannak ilyen gondolataik, könnyebben tudna azokról beszélni?"

Ha a magányos családtag egy kisgyerek, hasznos a családhoz való tartozás felé orientálni őt: "Tegyük fel, a családban mindenki lopott már életében, mit gondolsz, ki lopná a legtöbbet? ... Ki a második? ... Sok ember olyan jól tud hazudni meg lopni, hogy soha se derül ki. Mit gondolsz, ki csinálná ezt a legjobban a családban? ... Ki a második? ... Ki állná meg a legnehezebben? ..."

A különbségeket tisztázó kérdések

A családtagok közötti lényeges *különbségek tisztázódása* minden hiedelemrendszerben komoly következményekkel bír. Ezek kifejezetten terápiás hatásúak lehetnek, különösen, ha a problémát nagyobb zavar vagy homály lengi körül. Pl. amikor a családtagok másképp látják az ok-okozati kapcsolatokat, a problémamegoldásban valószínűtlen az együttműködés. A kezelő feltehet egy sor kérdést, amelyek segítenek a kauzális viszonyokat tisztázni egy olyan problémában, amelyet a család már ismer, de az okok még homályosak előttük. Ilyenkor hasznos ugyanazt a kérdést feltenni több családtagnak, és ugyanazt a témát különböző oldalról megközelíteni. Így szembesülnek igazán az eltérő nézetekkel. Pl. egy esetben, amelyet azért küldtek, mert a serdülő lányt néhány kisebb lopás után egy nagyobb buli miatt letartóztatták, a következő alapkérdést intézték mindenkire: "Mit gondol, a maga... (apja, anyja, fia, lánya, testvére) a lopást inkább társadalmi rossznak, vagy pszichés bajnak vagy értelmetlennek tartja-e?" A kérdéssorozat segített tisztázni a probléma természetéről vallott nagyon eltérő feltevéseket, amelyek miatt a család nem volt egységes a megoldást illetően, és kudarcot is vallott addig azzal.

A kérdések egy másik fajtája a *kategóriák tisztázására* irányul. Pl. amikor egy családtag sír, azt a többiek minek tartják. Lehet tisztázni következményeket, dilemmákat, egy minta elválasztó vagy összekötő elemeit. Utóbbit gyakran úgy lehet elérni, hogy metaforát használunk fel.

Ha a terapeuta figyel a családtagok által kimutatott különbségekre, annak más haszna is van. Amikor a család már hosszú ideje beleszokott valamilyen problémás viselkedési mintába, ésszerű feltételezés, hogy talán néhány családtag ugyanazt a dolgot esetleg túl egyértelműnek vagy túl bizonyítottnak tartja. Ez persze megzavarja az alternatívák megtalálását. A kezelőnek ilyenkor új területre kell vezetni a családot, és a kérdéseivel elbizonytalanítani az aláfestő véleményeket: "Mióta van ez a gondolata? ... Ha hibázna, hogy venné észre? ... Ha vak lenne arra, hogy észrevegye ezekben a lényegeket, ki lenne az, aki ezt először észrevenné? Hívna valakit segítségül, hogy segítsen megérteni a problémát, amit maga nem ért?" A kellő reflexivitáshoz ezeknek a kérdéseknek a tónusa neutrális kell legyen, a kezelő hozzáállása pedig elfogadó. Ha nem így van, akkor stratégikus szembesítésről van szó.

A klinikai hipotézisek olyan kísérleti magyarázatok, amelyek a kezelő terápiás viselkedését orientálják és szervezik. Ésszerű feltételezni, hogy ugyanígy hatnak a családtagok öngyógyító viselkedésére is. Ha nincs alapos oka arra, hogy megtartsa magának a munkahipotézist, a kezelő azzal is segíthet a családnak, hogy *kérdések formájában beadagolja ezt a hipotézist*. A kérdésforma jól közvetíti a dolog kísérleti jellegét, ami fontos a szisztémás hipotéziskészítésben. Ha a hipotézis koherens és összevág a családtagok tapasztalataival, azonnali, drámai változások is létrejöhetnek. Ha nem, a család reagálása akkor is fontos információkat nyújthat a kezelőnek ahhoz, hogy revideálja vagy jobban kidolgozza a hipotézist. A hatáshoz nem szükséges a felvetésnek átfogónak vagy teljesnek lennie. A valóságban a kezelő és a család ilyenkor, mint egy klinikai munkacsoport kezd együttműködni a szituáció megértésében.

Sokféle alcsoportot lehet itt is találni. Csak néhány példa: a minta ismétlődésének vagy a védekező mechanizmusoknak a felfedése, a problémás válaszok leleplezése, az alapvető igények, alternatív motívumok, a változás veszélyességének hangsúlyozása. A teljesen kidolgozott szisztémás hipotézis túlzottan bonyolult ahhoz, hogy beleférjen egy kérdésbe, ezért azt alkalmasabb állítás formájában előadni. Szükségtelen mondanom, egyetlen terapeuta sincs, aki ne érezné erőltetettnek, ha csak kérdéseket használ.

A kezelők és a teamek gyakran a *kezelési folyamatról* éppúgy megfogalmazznak hipotéziseket, mint a családról. Ennélfogva a terápiás rendszerről szóló hipotéziseket is lehet kérdésként bevezetni: "Ha elkezdene inkább családtagként viszonyulni magához, és nem mint orvos, miből lenne ez nyilvánvaló?" Ugyanígy a *terápiás impasse*: "Tegyük fel, hogy semmiféle reális segítséget nem tudok nyújtani önnek, mert az én adnivalómat az önelégültsége automatikusan tönkreteszi, akkor mit tenne? ... Ha elhatároznám, hogy csak maga dönthet, hogy a terápia folytatása használ-e önnek vagy sem, el tudná ezt fogadni?"

A folyamat megszakítására szolgáló kérdések

Van a kérdéseknek egy érdekes csoportja, amelyet arra lehet használni, hogy az *interjúban zajló eseményeket azonnal leállítsa*. Pl. egy veszekedős pár az interjú alatt elkezd vitatkozni, és a vita egyre terméketlenebb és

destruktívabb lesz. Ekkor a kezelő a gyerekekhez intézhet egy olyan kérdést, amely az aktuális történésre vonatkozik: "Amikor a születek otthon vannak, akkor is ilyen sokat vitatkoznak, mint itt? ... Vagy még többet? ... Ki az közületek, aki leginkább beavatkozik ebbe?" A pár ekkor belekezd ennek a megbeszélésébe, legtöbbször a megfigyelő pozíciójából. Ez biztosan sokkal elegánsabb megoldás, a terápiáknak erre a gyakori bajára, mint kérni vagy követelni a pártól, hogy hagyják abba. Itt a páciens saját magát állítja le.

Ezeknek a kérdéseknek a *fókusza lehet a terápiás kapcsolat is*. Olykor szükség lehet a terápiás folyamat indirekt kommentálására. Pl. a szülők gyakran – nem tudatosan – afelé nyomják a gyerekeket, hogy kerüljék az érzékeny információkat, ekkor a kezelő megkérdezheti: "Tudom, hogy sohasem tenne ilyet, de tegyük fel, átmént a szomszédokhoz és elmondott nekik mindent az otthoni dolgokról, ki háborodna fel ezen a legerősebben?" Az ilyen kérdés segít felfedni a kényszer forrását, és arra indíthatja a szülőt, hogy kifejezetten engedélyt adjon a gyerekeknek a megszólalásra a terápia alatt. Mindazonáltal az ilyen váratlan felfedések magukban hordják azt a rizikót, hogy azt az ülés után megtorolják. Ebben az esetben a kezelő a következő kérdéssel minimalizálta ennek veszélyét: "Mit gondol, mennyire szorong attól a fia, hogy maga dühös lesz az ülés után azért, amit ő mondott most?" Végezetül, egy csomó kérdés a befejezésre való készség fokozódását segíti elő.

Záró megjegyzések

Nem szándékoztunk bemutatni a reflexív kérdések teljes, átfogó skáláját, csak azt kívántuk illusztrálni, hogy a kérdezés felhasználható ilyen módon is. A jártas terapeuták az érintett kérdésekben ismerősek. Valószínűleg számosat használnak évek óta, talán hasonló, talán más módon. Azonban nem elsősorban a kérdések fajtáira akartam felhívni a figyelmet. Az a legfontosabb, hogy felismerjük, jól átgondolt, tudatos alkalmazásuk elősegíti a család öngyógyító kapacitásának fokozódását. Ha ez a felismerés a kezelő stratégiájának részévé válik, terápiás hatékonysága jelentősen fokozódik.

Mint már az I. részben megjegyeztük, néhány szerző vizsgálta a szisztémás interjú vezetésének folyamatát. Közülük többen felfedez-

ték, hogy a kérdések terápiás intervencióként használhatók (Cronen, Hoffmann, White). Különösen White (1986) jutott hasonló megállapításokra. Vannak azonban jelentős különbségek. A reflexív kérdezés sokkal jelentősebben hangsúlyozza a család közreműködésének fontosságát a végső eredményt illetően. Ennek mind a kezelő kérdezési lehetőségeire, mind a kérdezés módjára hatása van. Ezeket a témákat tárgyalja a III. rész.

III. MIKOR TEGYÜNK FEL OKNYOMOZÓ, CIRKULÁRIS, STRATÉGIÁS VAGY REFLEXÍV KÉRDÉSEKET?

Minden kérdés, amelyet a kezelő kérdez, bizonyos feltevésekből ered, és valamilyen szándékot testesít meg. Sok kérdés arra szolgál, hogy tájékoztassa a kezelőt a kliens helyzetéről és tapasztalatairól; más kérdéseket elsősorban a terápiás változás provokálása érdekében tesznek fel. Némely kérdés a tünetekre vonatkozó oksági feltevésekre támaszkodik, mások rendszerszerűen fogalmaznak meg feltevéseket. E többféle kérdésfajta között a különbségek nem triviálisak. Nem látható be könnyen, hogy különböző hatásokat váltanak ki. Ez a cikk ezen témákat tárgyalja s keretet nyújt ahhoz, hogyan tudjuk a kérdéseknek ezt a négy nagyobb csoportját megkülönböztetni. Ennek a keretnek a használatával a terapeuták könnyebben dönthetnek abban, hogy milyen kérdéseket használjanak.

A megfigyelő perspektívájából a pszichoterápiák lényegében beszélgetések. Azonban nem szokványos beszélgetések: az az igény szervezi azokat, hogy csökkentsék a lelki fájdalmat s szenvedést, és eredményezzenek gyógyulást. A kezelő és a kliens között olyan kölcsönös megegyezésről van szó, amely szerint a terapeuta tudatosan és szándékosan egy konstruktív változás felé halad. Ennélfogva ő mindig egy speciális szerepet vállal a beszélgetésben. Ez a szerep magába olvasztja az előbbi megegyezést is, tehát, hogy a kezelésbe jövőnek interperszonális nehézségeiben, személyes problémáiban segítségére lesz. Bár másféle beszélgetéseknek is lehetnek terápiás hatásai, azokat mégsem nevezhetjük terápiának, mert nincs a résztvevők között egy olyan egyezség, amelynek alapján az egyik fél vállalja a felelősséget azért, hogy a beszélgetés terápiás hatású lesz a másik számára.

A kezelő pozíciója a terápiás beszélgetésben nemcsak speciális felelősségeket tartalmaz, hanem speciális privilégiumokat is nyújt neki. Utóbbira példa, hogy a kezelő legitímen kutathat a kliens személyes, privát dolgaiban. Ezért aztán nemcsak a gyógyulásnak, hanem esetleges újabb sérülésnek is van eshetősége. A kettő közötti különbséget mindössze az a mód biztosítja, ahogyan egy ilyen beszélgetést vezetnek. Az is tapasztalati tény, hogy néhány jellegzetes minta a beszélgetésben sokkal inkább terápiás hatású, mint más tényezők. Az egyik ilyen tényező éppen a kérdés természetében rejlik.

A terápiás típusú beszélgetésben a kezelő rendszerint mind állításokat, mind kérdéseket feltesz. Ez a két csoport egészen különböző természetű. Röviden: az állítások nézetekről *tanúskodnak*, míg a kérdések ugyanezeket *előhívják* – azaz, a kérdések megválaszolandók, az állítások azonban nem. Persze, a kérdések és az állítások között jelentős átfedés van. Például fel lehet tenni kérdést állító formában is: "Oka kellett legyen, hogy eljött hozzám." Fordítva, az állítások is ölthetik kérdés formáját: "Nem érdekes, hogy ennyire későn jött ismét?" "Nem indult el korábban, pedig tudta, hogy a közlekedés ilyen lassú?" Ezen átfedések ellenére kézenfekvő egy olyan feltételezés, hogy a kezelő megállapításainak nyelvi formája is fontos hatást fejt ki a beszélgetés irányára és természetére.

Vannak bizonyos előnyei annak, ha a kezelő, különösen az interjú korai és középső szakaszában, főleg kérdéseket tesz fel. Például megerősítheti a beszélgetés kliens-központúságát. A kliens elképzelései, reakciói, tapasztalatai és tervei kerülnek a fókuszba. A kezelő a válaszkra általában további kérdésekkel reagál. Feltevései, tapasztalatai mintegy szupportként szerepelnek, ahogyan a terápia halad. Ennélfogva tehát, amikor az egyensúly állítások és kérdések között a kérdések javára dől el, az ülés súlypontja is a páciensre, és nem a kezelőre összpontosul. A kérdések használatának másik előnye, hogy ezek sokkal erősebben felhívó jellegűek a páciensek számára. A kérdés grammatikai formája is kifejezhet valamilyen elvárást, éppígy a kadenecia, a tónus, a beszédben tartott szünetek szintén a válasz elvárása érdekében alkalmazhatók. Még az elzárkózó és néma klienseknek is nehéz kicsúszni a nekik címzett kérdések folyamatából. További előny, amikor a kezelő kérdéseket tesz fel és tartózkodik az állításoktól, hogy ezáltal is arra készíti a pácienseket, hogy gondolkozzanak a saját problémájukon. Ez fokozza a páciens autonómiáját, és nagyobb szemé-

lyes mozgásteret enged meg a terápiás változás irányába, csökken a kezelő speciális tudásától függő dependencia.

Természetesen van néhány korlátozó feltétel is. A kezelő meg is bújhat az állandó kérdés mögött, és ezzel tulajdonképpen elkerülheti, hogy mint valóságos személy, belépjen a kapcsolatba. Emiatt lefékeződik a terápiás szövetség kialakulása. A klienseknek úgy kell megélniök a kezelőt, mint olyan valakit, aki bírja bizalmukat és hitüket. Ezért a kezelőnek időről időre állításokat is kell alkalmaznia, értelmezéseket kell tennie, és bizonyos témákban fel kell vállalnia az állásfoglalást. Azonkívül a kérdésekben rejlő válaszadási elvárás gyakran követelményként jelenhet meg a páciensek tudatában, olykor pedig maga a kérdés tűnhet rendkívül tolatkodónak vagy fenyegetőnek. Egy állandó kérdés könnyen inkvizícióvá vagy büntetéssé alakulhat. Ezek az eshetőségek azt húzzák alá, hogy a kezelőnek állandóan szüksége van a beszélgetés monitorozására, és kérdések helyett állítások használatára akkor, amikor azok antiterápiás hatásúak lennének. A nehézségek egyrészt pedig a kérdések típusának megváltoztatásával kell megoldania.

A kérdések és az állítások közötti egyensúly iskoláról iskolára is különbözik. Például a milánói szisztémás megközelítés nagyon hangsúlyosan támaszkodik a kérdésekre, míg a strukturális és a stratégiás megközelítések inkább az értelmezések megtételére. Ezenkívül számít a kezelő elméleti irányultsága, személyes stílusa, a kliensek által előadott problémák és elvárások tartalma, az interakciós stílus. Amennyire tudom, ennek az egyensúlynak a kihatásait még szisztematikusan nem vizsgálták a pár- és családterápiákban, sőt azt sem, hogy a kérdés/értelmezés arány változtatásával milyen hatást érhetünk el.

Bár ez a cikk elsősorban a kérdésekre és a közöttük lévő különbségekre összpontosít, nincs szándékunkban ezzel azt a hitet kelteni, hogy a kezelőnek csak kérdéseket szabadna feltennie. Amikor a páciensek egész egyszerűen az alapvető információknak sincsenek tudatában, vagy nincsenek abban az állapotban, hogy összefüggően válaszoljanak, akkor alkalmasint a kezelő prezentálja helyettük a választ. Ráadásul, az úgynevezett "ha-akkor" állítások rendkívül megnövelhetik a család tudatosságát és a folyó események megértését. Másféle eset, amikor az ülésre hozott gyereket a szülők, állandó vallomáskövetelésükkel már megtanították hazudni. Az ilyen gyerek könnyen rátanul olyan válaszokra, amelyek a szülők igényeit elégítik ki.

A kezelő szándékai és előfeltevései

Minden kérdésben van valamilyen szándék. Akár tudatosan, akár nem, a kezelő valamilyen céllal kérdez. Ez a szándék vagy cél a stratégiás hozzáállásból következik. Ez vezeti a kezelő percről percre történő döntéseiben a beszélgetés során. A legközönségesebb szándék, ami a kérdések mögött meghúzódik: kitalálni, miféle családról van szó, kitalálni valamit a kliensekről vagy a helyzetükről. Itt a kérdezés közvetlen szándéka a terapeuta *megértését* célozza. A kérdéseket úgy teszik fel, hogy azokra válaszok jöjjenek a páciensektől. Ezek alapján aztán a kezelő először szóbeli kapcsolatba kerül a páciensekkel, megfelelő következtetéseket von le, és ezek alapján hasznos magyarázatokat alkot a problémákról. A választott kérdések gyakran a kezelő rendszerszemléletű és hipotézis-készítő hozzáállását segítik elő. Ezekben az esetekben tehát a kérdezés *priméren a kezelőben* és nem a kliensben vagy a családban idéz elő változást, s az interjú arra irányul, hogy a kezelő ismerje meg a problémás helyzetet és a családtagok konfliktusos tapasztalatait. Amint kialakított valamilyen benyomást a család verbális és nem verbális válaszaiból, a további kérdéseket már annak érdekében teszi fel, hogy kitöltse a hézagokat, tisztázza a homályos pontokat, amelyeket még nem lát tisztán. Ennélfogva az interjú korai szakaszában a kezelő főleg *tájékozódó* kérdéseket tesz fel. Azonban már a becslés stádiumában is gyakran adódnak olyan helyzetek, ahol fontosnak látszik a terápiás beavatkozás. Így tehát, amikor a kezelő felismer *“egy jó pillanatot”* – azaz egy olyan helyzetet, amikor lehetőség nyílik a családtagok nézeteinek, s következményesen viselkedésük változtatására –, akkor gyakran abbahagyja a kérdezést. Adhat értelmezést, tehet állítást. Ha azonban mégis a kérdező stílus mellett dönt, úgy még bizonyos előnyei is lehetnek annak, ha terápiás célú intervencióit kérdések formájában teszi meg.

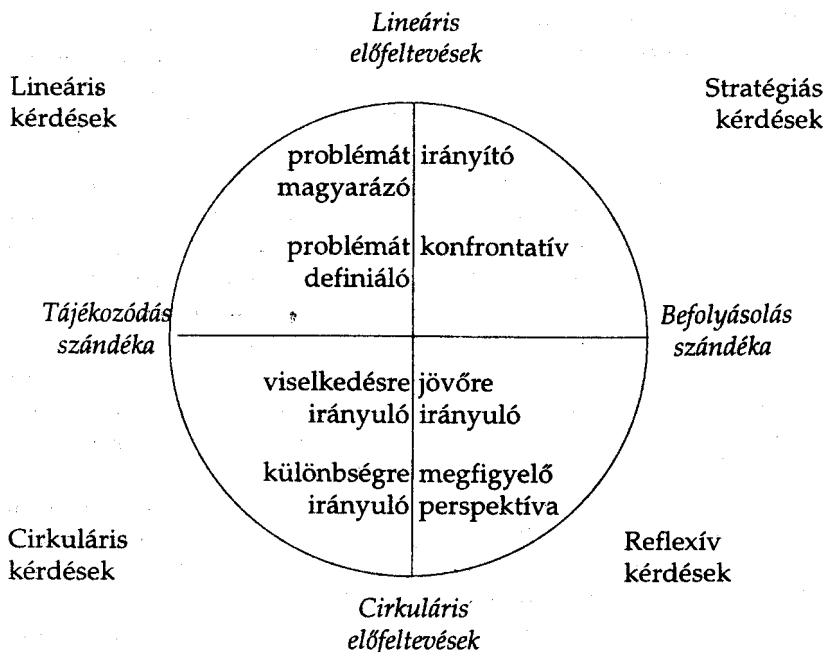
Ebben a szakaszban tehát a terapeuta *befolyásoló* kérdéseket fogalmaz meg, olyan fajta kérdéseket, amelyek alkalmasak terápiás változás kiváltására. A szándékolt változás helye ekkor már *a kliens vagy a család*, s nem a kezelő. Ez nem jelenti azt, hogy a kezelő megértési folyamata már befejeződött, és abban már nincs is szükség további változásra. Sőt, ezzel ellentétben, a kezelőnek mindig nyitottnak kell maradnia.

Tehát a kérdések megkülönböztetésének egyik tartománya az, hogy kinél mi a *változás szándékolt helye*. Az egyik végpont a tájékoztatás

szándéka, a másik pedig a befolyásolás szándéka. Természetesen a legtöbb kérdés keverve tartalmazza ezeket a szándékokat, és valahol a két végpont közötti kontinuumba esik. A tájékozódó és befolyásoló kérdések közötti különbségtétel hozzásegítheti a kezelőket, hogy saját intencióik felől még tudatosabbak legyenek.

A kérdések megkülönböztetésének második fő tartománya: a terápiás folyamatról és a lelki jelenségek természetéről alkotott különféle *feltevések*. A terapeuta fejében már van az előfeltevéseknek egy hálózata, erre alapozza a kérdést. Ezek az előfeltevések a legtöbbször nem tudatosak maradnak, olykor azonban betörhetnek a tudatba. Ekkor szándékosan is lehet dönteni felhasználásukról, esetleg valamilyen módosításukról. Más szóval, ezek a feltevések is szintén egy folytonosság mentén képzelhetők el: egyik végén állhatnak az úgynevezett *oksági vagy lineáris* előfeltevések, a másikon pedig a főleg *rendszer-szemléletű* (cirkuláris, kibernetikai) feltevések.

Bateson úttörő munkássága nyomán vált fontossá a családterápiában a "lineáris" és a "cirkuláris" megkülönböztetése. Azóta számtalan elképzelés, elmélet született ebben a témában, mostanra pedig ezek az elképzelések teljesen átítatják a családterápia irodalmát. A lineáris feltevések leginkább a redukcionizmussal, egyszerűsítéssel, a normatív elvekkel, a kauzális meghatározottságú gondolkodással, az ítélkező attitűddel és a stratégiás megközelítéssel kapcsolódnak össze. A cirkuláris jellegű feltevések inkább holisztikusak, az interakcionális elvekhez, a strukturális determinizmushoz, a neutrális hozzáálláshoz és a szisztémás megközelítéshez társulnak. Persze egyik koncepció sem izomorf. Azt sem jelenti mindez, hogy kölcsönösen kizárnák egymást. A kettő közötti eltérést leginkább komplementernek, egymást kiegészítőnek lehet tekinteni és nem vagyilagosnak. A kétféle feltevés és a belőlük fakadó következmények átfedik és inkább gazdagítják egymást. A legtöbb terapeuta változó mértékben vallja magáénak az elveket és valószínűleg mindkét készlettel operál, de különböző módokon, különböző gyakorisággal és különböző időben. Bár ezek a feltevések hatásukat rejtetten s nem tudatosan érik el, a kérdések jellegére mégis jelentős hatással bírnak. A két fő tengely – tehát a terapeuta szándéka és előfeltevései – négy kvadránst eredményez, s ezek tulajdonképpen a kérdések négy alaptípusát reprezentálják.



A vízszintes tengelyen a terapeuta szándékának mértéke jelenik meg, amely a saját maga vagy inkább mások változtatására irányul. A függőleges tengely a kezelő feltevéseiben a linearitás/cirkularitás arányát jelzi. Ha a kezelő azt teszi fel, hogy a kutatott események inkább lineárisak, azaz ok-okozatként fordulnak elő, tájékozódó kérdései ezt tükrözni fogják, és elsősorban oknyomozó kérdések lesznek. Ha viszont a fejében az van, hogy az események összefüggései cirkulárisak, kibernetikai rendszerszerűek, akkor a kérdései is inkább cirkulárisak. Ha véleménye szerint lehetséges az, hogy másokat az információ vagy instrukció közvetlen bevitelével befolyásoljon, akkor befolyásolást célzó kérdéseit stratégias kérdéseknek lehet tekinteni. Ha viszont azt gondolja, hogy a hatást csak indirekten, a már létező folyamatok megzavarásával lehet elérni, akkor reflexív kérdéseket használ. Mivel a kérdések maguk gyakran a linearitás vagy cirkularitás különböző mértékét, és éppígy a szándékban is változó mértéket tartalmaznak, a diagramban bárhol előfordulhatnak. Persze, bizonyos típusú kérdések

valószínűleg valamely kvadránsba kerülnek. Így a probléma definiálására és megmagyarázására vonatkozó kérdések, miután egy oknyomozó vizsgálatnak felelnek meg, lineárisak.

A különbözőségekre és a magatartási hatások összetettségére irányuló kérdések inkább egy *cirkuláris* folyamatot explorálnak. A konfrontációs kérdések túlnyomórészt *stratégiásak*; a jövőt firtató és a megfigyelő-perspektíva kérdései viszont *reflexívek*.

A különböző kérdés-szekvenciák és kérdéstípusok nagyon különböző hatásokat fejtenek ki a terápiás beszélgetés folyamán: pl. egy lineáris kérdés nyilván egy lineáris leírást fog a páciensből provokálni, míg egy cirkuláris kérdés inkább cirkuláris válaszra hív fel.

A kérdések négy főbb típusa

Lineáris kérdések

Ezek informálják a kezelőt a kliens helyzetéről és az oksági összefüggéseket tárják fel. A kérdések mögötti szándék túlnyomóan a vizsgálódás szándéka. A kezelő elsősorban vizsgálóként, detektívként próbál meg tájékozódni. Az alapkérdések: "Ki csinálta? Hol? Mikor? Miért?" A legtöbb interjú leginkább néhány lineáris kérdéssel kezdődik. Gyakran a célból van szükség ezekre, hogy összekössük a családtagokat a problémáról alkotott tipikus lineáris nézeteik révén. Ennél a vizsgáló módszernél a kezelő hajlamos elfogadni egy egyszerűsítő álláspontot annak kedvéért, hogy meg tudja határozni a probléma speciális okát.

A kezelő tehát elkezdheti az ülést egy sorozat lineáris, az ő tájékozódását segítő kérdéssel: "Milyen problémák hozták ide önt hozzám?" (Főleg a depresszió miatt jöttem) – "Ki a depressziós?" (A férjem) – "Mitől depressziós?" (Nem tudom) – "Alvászavara van?" (Nincs) – "Súlyvesztés vagy gyarapodás előfordult?" (Nem) – "Van valamilyen egyéb panasa?" (Nincs) – "Korábban valamilyen betegség?" (Nem volt) – "Előfordulnak rossz gondolatok?" (Nincsenek) – "Akkor kell legyen valami, ami zavarja önt. Mi lenne az?" (Csakugyan nem tudom) – "Mit gondol a férjéről, mitől depressziós?" (Fogalmam sincs, nem érdekli semmi, csak fekszik az ágyban egész nap) – "Mióta van ez így?" (Három hónap óta, igazán erősen kb. azóta) – "Történt valami akkor?" (Nem emlékszem semmi különösre) – "Megpróbált valaki tenni valamit?" (Igazából nem) – "Miért nem? (Hát, egy ideje már torkig vagyok

vele) – "Úgy érti, hogy eléggé ingerült?" (Hát, igen, eléggé) – "Mióta tart ez az ingerültség?" stb., stb.

A lineáris kérdések használata mögött rendszerint az *okgyomozó* típusú hipotézisgyártás attitűdje szerepel. Az a gondolkodásmód, hogy bizonyos jelenségeknek, mint amilyen például egy depresszió, inkább (belső) oka van, és nem annyira külső körülményekből, eltérésekből fakadhatnak. Ennek következtében a problémákról szóló lineáris kérdések hajlanak az ítélkező attitűdre, nevezetesen arra, hogy a baj oka valami, az egyénben levő rossz, és azt kell rendbetenni. Ez gyakran büntudatot, szégyent vagy védekezést vált ki a család részéről. Mivel az emberek rendszerint nem szeretnek szégyent hozni magukra, ezek a kérdések a családtagokat arra stimulálják, hogy egymással szemben is kritikusabbak legyenek.

Cirkuláris kérdések

Ezeket is azért kérdezik, hogy vezessék, orientálják a kezelőt a kliens helyzetéről, de rendszerszemléletű feltevéseken alapulnak. A háttérben lévő szándék főként a feltárás. A terapeuta jobbra úgy viselkedik, mint egy kutató, aki valami újat akar felfedezni. A vezető előfeltevések interakcionálisak és szisztémásak, az van bennük, hogy valamilyen módon a jelenségek összefüggenek egymással. Az ilyen alapon megfogalmazott kérdések előhívják a személyekkel, történetekkel, érzésekkel összekapcsolt mintákat (*patterns that connect*). A dialógus mintegy visszacsatolásszerűen, a kibernetikai rendszerek szabályai szerint történik.

Egy szisztémás terapeuta az interjút az előbbbitől eltérően kezdi: "Hát hogy is történt, hogy ma itt ennyien összejöttünk?" (Én telefonáltam, mert aggódtam a férjem depressziója miatt.) – "Ki aggódott még?" (A gyerekek) – "Ki aggódott a legerősebben?" (Ő=nőnem) – "Mit gondol, ki aggódott a legkevésbé?" (Azt hiszem, én) – "Ő mit csinál, amikor aggódik?" (Sokat panaszkodik, főleg a pénz és a számlák miatt) – "Őn mit csinál, amikor rajta látszik, hogy aggódik?" (Én nem törődök vele, elég nekem a magam baja) – "Ki érti meg a felesége aggodalmait a legjobban?" (A gyerekek, ők erről sokat beszélnek) – "Maga ebben egyetért a gyerekeivel?" (Igen) – "mit csinál az apja, amikor maga az anyjával erről beszélget?" (Rendszerint elmegy lefeküdni) – "És amikor az apja elmegy lefeküdni, akkor mit csinál az

anyja?” (Akkor elkezd még jobban aggódni), és így tovább. Ezek a kérdések azokat a visszacsatolt cirkuláris mintákat tapogatják ki, amelyek összekötik az érzéseket és az eseményeket. A vizsgáló azon van, hogy neutrális és elfogadó maradjon. A családtagokból nyert válaszok nem annyira ítélet-jellegűek, mint az előbbi esetben.

A rendszerszemléletű kérdéseket legjobban az jellemzi, hogy inkább az események lehetséges kapcsolataira kíváncsiak, és nem annyira a problémák pontos eredetére. Ha a kezelőnek jól megalapozott kibernetikai szemlélete van a pszichés történéseket illetően (Bateson szerint), és elég gyakorlott, ez a fajta kérdezés könnyen, folyamatosan halad. A rendszerszemléletű kérdéseknek két általános típusa van: a különbségre kérdezők és az összefüggést kereső kérdések. Ez megfelel Bateson két alapvető mintájának: a szimmetria-minta és a komplementaritás. Néhány altípusról (a kategóriák különbségeit kutató kérdések, az időbeli differenciákra vonatkozók, a kategóriák tartalmára irányulók és a viselkedési eredményt firtatók) egy korábbi közleményben szerepelnek (Deissler 1986).

Stratégias kérdések

Ezeket abból a célból kérdezik, hogy speciális módon befolyásolják a klienst vagy a családot. Lineáris, oksági feltevéseken alapulnak. A kérdések mögötti szándék főként a korrekció. A stratégias terapeuták abból indulnak ki, hogy az "instruktív interakció" hatékony lehet. A kezelő úgy viselkedik, mint egy tanár, instruktor vagy bíró. Elmondja a családtagoknak, hogy hol hibáztak és hogyan kellene viselkedniük, túlnyomórészt főleg indirekt kérdések formájában. A családi dinamikáról kialakított hipotézisre alapozva jut el ahhoz a következtetéshez, aminek a lényege, hogy a családban valami "elromlott" vagy "rossz", és a stratégias kérdések segítségével próbálja a családot elvinni egy változáshoz. A változás irányát, tehát azt, hogy hogyan kellene a családnak a jövőben viselkednie vagy gondolkoznia, a kezelő által korrektnek tartott értékek jelölik ki. A direktivitás rendszerint rejtett, mivel a korrekciós állítások kérdés-formába vannak csomagolva, a terapeuta azok tartalmával, összefüggéseivel, az időzítéssel és a beszéd tónusával közvetíti az üzenetet. Néhány családot kellemetlenül érint az ilyen stílusú kikérdezés, de más családokban a stratégias stílus

eléggé egybevág a család szokásos kommunikációjával, és így összeegyeztethető azzal.

A befolyásoló, stratégiás kérdésekre sokkal nehezebb példákat mondanunk, mivel a problémás szituációban foglalt mechanizmusokról alkotott hipotézis előfeltétele a kérdés megfogalmazásának. De hogy ezzel a képzeletbeli családdal folytassuk az interjút, a kezelő megpróbálhatja befolyásolni a házaspárt azzal a kérdéssel: "Miért nem beszélt neki a aggodalmairól a gyerekek helyett maga?" (Akkor nem hallgatja meg azt, és elmegy aludni) – "Nem szeretné abbahagyni ezt az aggodalmaskodást, ahelyett, hogy annyit foglalkozik vele?" (Persze hogy, de mit tehetek vele?) – "Mi történne, ha a jövő héten minden reggel 8 órakor maga tenne egy javaslatot, hogy a férje vállalja a felelősséget?" (Semmi értelme sem lenne) – "Hogyan, maga nem akar többet megtenni a férjéért?" (Belefáradtam, csalódtam. Ő nem akar megmozdulni és ettől egyre dühösebb leszek) – "Érti, hogy a maga visszavonulása a feleségét csalódottá és dühössé teszi?" (Hogy érti ezt?) – "Nem veszi észre, hogy azzal, hogy elmegy lefeküdni, ahelyett, hogy megkérdezné, mi bántja a feleségét, az egész család már a plafonon van?" (Hát, én...) – és így tovább.

Ezekből a példákban teljesen nyilvánvaló, hogy kérdéseivel a stratégiás terapeuta a saját "így kellene ezt csinálni" nézeteit teszi rá a páciensre vagy a családra. Ez az irányzat olykor egy-egy direktív vagy konfrontatív interakciót is megenged, ha egy beragadt családi rendszert kell mobilizálni, de túl sok direktivitás ebben a stílusú kérdésben a terápiás szövetség megszakadását okozhatja.

Reflexív kérdések

Ezek a kliens vagy a család befolyásolását indirekt módon végzik. A kérdések rendszerszemléletű feltevéseken alapulnak, a mögöttes szándék pedig túlnyomórészt facilitáló – elfogadva azt az álláspontot, hogy az autonóm családtagok közvetlen, direkt módon nem befolyásolhatók. A kezelő tehát leginkább, mint egy idegenvezető, vagy mint egy tréner viselkedik, bátorítja a klienseket, hogy saját problémamegoldó képességeiket mozgósítsák. Az egyik fontos előfeltevés az, hogy a terápiás rendszer kölcsönhatásban fejlődik, és amit a kezelőnek csinálnia kell, az nem más, mint a család korábbi hiedelem- rendszereiben a reflexív aktivitást megindítani. A kezelő olyan módon igyekszik kap-

csolatba lépni a családdal, hogy teret nyisson az új lehetőségek észrevéveséhez és saját összhangjuk minél szabadabb kialakításához.

Ennek a cikksorozatnak a II. részében számtalan reflexív kérdést felsoroltunk. A mostani példánkban a kezelő azt kérdezheti: "Ha magával törődne a férje, akkor mennyit aggodalmaskodna, és hogyan adná azt fel? Mit gondol, ebben az esetben mit tenne a férje?" (Nem tudom biztosan, mit) – "Képzeli el, hogy lenne valami, ami miatt ő megsértődne, de nem akarná elmondani magának, nehogy megbántsa a maga érzéseit. Ebben az esetben hogyan győzné meg a férjét, hogy maga elég erős ahhoz, hogy ilyesmit elviseljen?" (Nos, ezt azért meg tudnám neki mondani, úgy hiszem) – "Ha lenne valamilyen lezáratlan ügy kettejük között, ki lenne az, aki készséggel bocsánatot kér?" (Ő sose kérne elnézést!) – "Csodálkozna azon, ha megtenné?" (Az biztos!) – "Tegyük fel, ebben a pillanatban még csakugyan lehetetlen, hogy felismerje vagy elfogadja a saját hibáját. Maga mit gondol, még mennyi ideig tudja elnézni azt, hogy a felesége erre képtelen?" (Hm...) – "Ha ez a depresszió hirtelen megszűnne, hogyan lenne más a maguk élete?" – stb. stb.

Ezek a kérdések abban reflexívek, hogy a megfogalmazásuk arra indítja a családtagokat, reflektáljanak saját jelenlegi cselekvéseik, nézeteik következményeire, és fontolják meg az új lehetőségeket. Bár a reflexív kérdésnek is a befolyásolás a szándéka, a vizsgálat neutrálisabb stílusú marad, mint a stratégias interjú, mert sokkal inkább respektálja a család autonómiáját. A neutrális hozzáállás gyakorlott fenntartása biztosítja azt, hogy az efajta befolyásoló kérdés valóban reflexív maradjon és ne csússzon át stratégiásba.

Egy valami hiányzik az összes példából: ez pedig a kérdések feltevésének érzelmi tónusa. A felsorolt példák különbségei sokkal egyértelműbbek lettek volna, ha a kezelő hanglejtése, hangszíne, nem verbális viselkedése is vizsgálhatók lennének. Itt azon van a hangsúly, hogy a kérdések különbözősége nem nyelvtani szerkezetükből, és nem is szemantikai tartalmukból származik. Függ a kezelő szándékaitól és feltevéseitől is. Valóban: ugyanolyan szavaknak egészen hasonló sorrendje összeállhat lineáris, cirkuláris, stratégias és reflexív kérdésekkel egyaránt. Például, ha a kezelő azt kérdezi: "Mit csinált az anyád, amikor az apád későn jött haza, és az ebéd közben kihűlt?" – ezzel csak azt találja meg, hogyan reagált az anya, amikor a férje provokálta őt. Ez lineáris tájékozódó kérdés. Ha viselkedési hatásokat firtató kérdé-

sek megtervezett sorrendjében történne ez (valami olyasmi következne, hogy "És mit csinál az apád, mikor az anyád kiabál vele?") – azzal a céllal, hogy a szülők közötti cirkuláris interakciót tárjuk fel –, akkor cirkuláris kérdés lenne. Ha az eredeti kérdést úgy tennénk fel, hogy az arra indítsa a szülőket, legyenek saját maguk jobb megfigyelői, és ennek alapján tudatosan módosítsák viselkedésüket, akkor reflexív kérdésről lenne szó. Ha azt kérdeznénk meg, hogy vajon mit mondana a gyerek, és ezt az új információt abban a pillanatban szembesítenénk valamelyik szülővel, akkor stratégiás kérdésről lenne szó. Tehát, pontosan ugyanazok a szavak nagyon különbözhetnek egyetlen interjúban is. Rendszerint a kezelő érzelmi hozzáállása jelenti azt a különbséget, amit a kliens meghall a kérdésben. Ezek az érzések viszont a kezelő szándékaihoz és feltevéseihez társulnak.

A különféle kérdések hatásai

Mielőtt a különböző típusú kérdések különböző hatásait megvitát-nánk, fontos, hogy tudatában legyünk: *a terapeuta szándéka és a kérdés hatása a kliensre, nem egy és ugyanaz a dolog!* Ennek felismerésével a kezelő elkerülheti frusztrálódását afelett, hogy a kezelés nem halad megfelelően, és lehetőséget teremt arra, hogy tudjon új utakat keresni. A terápiás folyamat megfigyelőjének szemszögéből, két ponton fordulhat ez leginkább elő: az egyik kevésbé, a másik annál inkább fontos. Első esetben a terapeuta szándéka és valós lépése között van eltérés. Ezt könnyen meg lehet szüntetni, ha a terapeuta nagyobb önismeretet és jártasságot szerez. A második eltérés ott adódik, hogy a családtagok mást hallanak, mint amit és ahogyan az a kezelőtől elhangzik. Itt áthághatatlan a szakadék. A családtagok válaszai, bár saját autonómiájuk által meghatározottan, mégsem önkényesek, azokat a kezelő működése váltja ki. A kezelő sokszor javíthatja a helyzetet, ha rendszerszemléletű hozzáállással jobban viszonyulnak a kliensekhez (ld. az I. részben). Végso soron azonban *a kezelő szándékai sohasem garantálják a kliensekre gyakorolt hatást.* Az aktuális történés mindig a teljes, egységes struktúrától függ. A szándék és a hatás, a kezelői akciók és a családi válaszok közötti eltérés felismerésének és elfogadásának jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni. A pillanatnyi hatások előre sosem jósolhatók meg.

A terapeuta mindazonáltal számbaveheti, és számba is veszi a valószínűségeket. Mivel az aktuális hatások előre nem ismerhetők meg, de a kezelőnek mégis meg kell becsülnie a kérdés hatását még a kérdés feltevése előtt, ezt csak előrelátással biztosíthatja. Előre el kell képzelnie a valószínű, a lehetséges és a valószínűtlen válaszokat. Az előzetes becslés fontos része a stratégiaalkészítő hozzáállásnak, ennek nem tudatos tartományában.

Lineáris kérdések

A családra *konzerváló* hatásúak. Mivel azok saját nehézségeiket általában oksági gondolkodással fogalmazzák meg a terápia előtt, a lineáris jellegű kérdezés nem hoz felszínre nagyobb különbségeket. Megválaszolják a kérdéseket, de lényegében változatlanok maradnak. Sőt, még veszélyes is, mert még jobban beágyazza a familiát a létező hiedelemrendszerbe. Sajnos, ez sokkal gyakrabban történik, mint ahogy azt a klinikusok észreveszik. A vizsgáló ritkán realizálja, hogy még tovább kell ásni a patogén hiedelmek után. Ez főleg akkor szokott előfordulni, ha az interjú folyamán a kezelő nem teszi fel azokat a kérdéseket, amelyek (burkolt vagy nyílt formában) kihívják a család hiedelmeit. A linearitás másik rizikója, hogy leegyszerűsítési tendenciát hordoz magában és emiatt könnyen aktívál ítélkező attitűdöt. Amikor a kezelő előhozza a probléma vagy egy nem kívánatos helyzet "okát", óhatatlanul negatív ítéletek kelnek életre az ellen, mivel a probléma kellemetlen. Tehát, bár a lineáris kérdések szükségesek a probléma fókuszának pontos tisztázásához, és segítenek egy kezdeti bevonódás kialakulásához, nem haszontalan, ha a terapeuta a potenciális veszélyekkel éppúgy tisztában van.

Cirkuláris kérdések

Ezek a családra *felszabadító hatással* vannak. A kérdezés során a családtagok, hallva válaszaikat, kapcsolódnak a kibontakozó cirkuláris vagy szisztémás helyzetértékeléshez. Fokozódó tudatossággal el tudnak szabadulni a korábbi oksági nézeteik korlátaitól, s egy friss perspektívát kezdenek létrehozni. Például, egy sorozat, viselkedésválaszt kutató kérdés után a férj elkezd felfogni, hogy nem egyszerűen a felesége aggodalmas panaszkodása aktiválja az ő lehangoltságát, hanem a lehangolt volta is provokálja a feleséget. Ez felszabadíthatja konstruktív

iniciatíváit, s valószínűleg kevésbé értetlen és megítélő lesz a feleség aggodalmaskodó reagálása iránt, amely éppen az ő depressziójára adott válasz. A cirkuláris kérdések fő veszélye az, hogy a terapeuta egyre nagyobb és nagyobb területeket tár fel, és a vizsgálódás olyan területekre kerül át, amelyek meghaladják a család aktuális igényét. A másik veszély, ha a képzésben levő klinikusok nagyon iskolás módon alkalmazzák a kérdéseket. A látszólag oktanul ismétlődő és triviális kérdések irritálhatják a családot. Egészében azonban a cirkuláris kérdések sokkal alkalmasabbak jótékony hatások kifejtésére, mint a lineárisak.

Stratégias kérdések

Ezek könnyen *kényszerítő hatásúak*. A kezelő megpróbálja nyíltan befolyásolni a klienst, hogy az gondolja vagy tegye azt, amit a kezelő helyesnek, egészségesnek vél. A kérdések arra kényszerítik a családot, hogy kövessék végig a problematikus megoldást (ad absurdum). Szokványos mellékhatásként a családtagok büntudatosak lesznek, szégyellik magukat, amiért ezt a megoldást választották. A kényszerítésnek két formája lehet: nem tenni azt, amit a kezelő "rossznak" vél, illetve csak azt cselekedni, ami a kezelő szerint "jó". Mindkét esetben a családnak a terapeuta véleményét kell választania, akár megfelel az pillanatnyi állapotának, akár nem. Ezek a kérdések tehát manipulatívák és kontrollra törek. Extrém esetben az ügyész tárgyalótermi kérdéseivel hasonulnak. Könnyen kényszerítő, vádló kérdésekké alakulhatnak, emiatt a potenciális károsító, antiterápiás hatásuk túl nagy.

Ugyanakkor esetenként alkalmazott stratégias kérdéseknek rendkívül építő hatásuk lehet. Erőteljes használatuk provokálhatja a káros gondolati és viselkedési mintákat, anélkül, hogy direkt állításokhoz vagy utasításokhoz folyamodnánk. Gondos szövegezés szembesítheti a pácienseket saját rendszerük ellentmondásaival, korlátaival. Olykor arra is alkalmazhatók, hogy egészen nyíltan tolják a családot valamilyen kézenfekvő megoldás felismeréséhez és elvállalásához.

Reflexív kérdések

Ezek a kérdések leginkább *generáló hatást* fejtenek ki a családra. A terapeuta befolyásolási szándékát enyhíti a kliensek függetlenségének tisztelete, ennél fogva ezeknek a kérdéseknek a tónusa sokkal enyhébb.

A családtagok mintegy meghíva érezhetik magukat az "új ötletek kiállítására". A kérdések teret nyitnak arra, hogy elővehessék új nézeteiket, szempontjaikat, szemügyre vehessék az új választási lehetőségeket, áttekintsék a jelenlegi viselkedés problémás következményeit, és újraértékelhessék azt. Ilyen klímában következményként a családtagok a maguk módján és tempójában új megoldásokat fejlesztenek ki.

A leggyakoribb komplikáció az, hogy a reflexív kérdezés dezorganizáló bizonytalanságot, zavarodottságot okozhat. Sok új lehetőség megnyílása, egy határozott irány javaslása nélkül könnyen válhat zavar forrásává. Általában azonban ez a zavar nem szükségszerűen jelent problémát, ha az egész terápiás mezőt tekintjük. A konfúzió a gyakorlatban lehet nagyon is terápiás hatású, ha azokat a családtagokat bizonytalanítja el, akik "tudják az Igazságot", "egyedüli letéteményesei a helyes válaszoknak".

Végül, szeretném felhívni a figyelmet arra, *milyen hatása lehet a terapeutára* annak, ha különböző típusú kérdéseket használ. Őt éppúgy befolyásolják a kérdések, sőt gondolkodását nemcsak a kérdések hátterében levő feltevések, hanem a kliensek válaszaire való reagálás is meghatározza. A lineáris kérdések a kezelő ok-okozati gondolkodási tendenciáit segíthetik elő és pácienseikkel is így fognak cselekedni, tehát *ítélkezők* lesznek. A cirkuláris kérdések viszont erősítik neutralitását, a kliensek és a család *elfogadását*. Az elfogadó attitűd önmagában is gyógyító potenciál, mert leszámol a hibáztatás bénító effektusával. A stratégias kérdések úgy hatnak a kezelőre, hogy az a családdal szemben *oppozícióra* hajlik. A reflexív kérdések viszont arrafelé vezetnek a kezelőt, hogy kérdéseiben legyen még *kreatívabb*.

Az alábbi ábrán összefoglaljuk a megelőző szándék és a legvalószínűbb effektusok viszonyait. Feltüntettük mind a családra, mind a kezelőre kifejtett hatásokat. A zárójelek azt fejezik ki, hogy a pillanatnyi hatás teljesen sosem becsülhető fel. Általában annyit mondhatunk csak, hogy az a valószínű: cirkuláris és reflexív kérdezésnél respektust és megújulást, míg lineáris és stratégias kérdezésnél ítélkezést és kényszerítést fognak átélni a család tagjai. Utóbbi esetben, egy adott szint felett az ülés feszültsége felfokozódik vagy "befagy". Ez figyelmeztetheti a kezelőt arra, hogy változtasson a kérdések típusán, legyen neutrálisabb és elfogadóbb (vagy időlegesen teljesen adja fel a kérdezést). Fordítva pedig, ha az látszik, hogy a családtagok túl kellemesen érzik magukat, talán néhány jól elhelyezett stratégias kérdés felrázza őket.

Lineáris kérdések

Stratégiais kérdések



Cirkuláris kérdések

Reflexív kérdések

Összegzés

Az aktuális hatás előrebecslésének lehetetlen volta aláhúzza annak a fontosságát, hogy a kezelő folyamatosan monitorozza a család tagjainak pillanatnyi reakcióit, és folyamatosan vizsgálja felül hipotéziseit. Azonban egy kérdés hatásait nem olyan könnyű megfigyelni, a viselkedést elég nehéz "olvasni". Olykor a hatások még nem folynak bele a látható magatartásba az ülés alatt. A tárgyhoz tartozó kérdések csak az ülés után, talán a következő napon ugranak be, de olykor hetekig is foglalkoztatják a pácienseket, sőt, akár hónapokig, néha évekig. A kezelő voltaképpen a "sötétben" dolgozik, sohasem ismerheti egy adott kérdés végső szaldóját. Ez még nagyobb felelősséggel terheli meg a kezelői szándékosságot. Másképp fogalmazva: a terapeutának fel kell vállalnia a felelősséget kérdéseit, anélkül, hogy pontosan tudná azok összhatását. Ugyanakkor azonban saját személyes fejlődésével sokat tehet annak érdekében, hogy fokozza az interjú pozitív terápiás hatásának valószínűségét. Az ember tudatában kell legyen, hogy a kérdés jelentősen meghatározza a választ, azaz, ha feltesz egy adott kérdést, azzal egy adott választ is előhív. Az, hogy milyen kérdéseket választ a kezelő, végső soron attól függ, milyen választ szeretne hallani. Egészen más kérdés, hogy a kliens elfogadja-e ezt a meghívást a kérdésben meghatározott "megfelelő terepre", az mindenesetre biztos, hogy a kérdés kiválasztása beszűkíti a legitim válaszok lehetőségét. Ez a kiválasztási lehetőség óriási hatalmat ad a terapeuta kezébe a beszélgetés befolyásolására és irányítására.

A jelen cikkben foglalt következtetések néhány évnyi kutató munka eredményei. Ha egy klinikus kutató ilyen témáknak szenteli a figyelmét, azzal a problémával kerül szembe, hogyan identifikálja a terapeutai szándékokat és feltevéseket. Ennek talán az lenne a legközvetlenebb módja, ha az ülésről készült videószalagot leforgatva, magát a terapeutát kérdezzük meg a kérdések megfogalmazása alatti gondolatokról. Ezt össze lehetne vetni külső megfigyelők értékeléseivel. Talán ez az az út, amelynek mentén az interventív interjúzás mélyebb megértéséhez juthatunk el.

IRODALOM

- BATESON, G. (1972) Steps to an ecology of mind. N.Y. Ballantine Books.
 BATESON, G. (1979) Mind and nature: a necessary unity. N.Y. E. P. Dutton
 DESSLER, K. (1986) Recursive creation of information. Unpubl. manuscript.
 FLEURIDES, C. et al. (1986) The evolution of circular questions. J. Mar. Fam. Ther. 12:113-127.
 CRONEN, V.E. et al. (1982) Paradoxes, double binds, and reflexive loops. Fam. Proc. 21:91-112.
 FOERSTER, H. von (1981) Observing systems. Seaside Ca, Intersystems Publ.
 PEARCE, W. B. et al. (1980) Communication, action and meaning. N.Y. Praeger.
 HOFFMANN, L. (1981) Foundations of family therapy. N.Y. Basic Books.
 LIPCHIK, E. et al. (1986) The purposeful interview. J. Strat. Syst. Ther. 1:88-99.
 PENN, P. (1982) Circular questioning. Fam. Proc. 21:267-280.
 PENN, P. (1985) Feed-forward: future questions, future maps. Fam. Proc. 24:299-310.
 TOMM, K. (1984) One perspective on the Milan systemic approach. Part II. Description of session format, interviewing style and interventions. J. Mar. Fam. Ther. 10:253-271.
 VIARO, M. et al. (1983) Getting and giving information. Fam. Proc. 22:27-42.
 WHITE, M. (1986) Anorexia nervosa. In: J. Harkaway (ed.) Family therapy and eating disorders. Rockville, Aspen Syst. Corp.

Az "előreccsatolás" technikája: jövőre irányuló kérdések, jövő-tervezés

Peggy Penn

"Előreccsatolásnak" nevezzük azt a technikát, amely arra ösztönzi a családokat, hogy életük néhány hangsúlyos kérdésén keresztül képzeljék el, hogyan fognak kapcsolataik alakulni a jövőben. A pozitív hangulati elemekkel átítatott, jövőre irányuló kérdések révén aktuális dilemmáikkal szemben ún. metapozícióba kerülnek, s könnyebben találhatnak fel régi problémáikra új megoldásokat, az előreccsatolás ezzel katalizálja a változást.

Az "előreccsatolás" tehát arra alapozódik, hogy a családokkal elképzeltetjük, megterveztetjük azt, hogyan fognak folytatódni kapcsolataik a jövőben. Mivel a jövőre irányuló tervek még nincsenek készen, a család képzelete szabadon csaponghat a tekintetben is, hogy milyen alternatív megoldások lennének jelenlegi nehézségeikre. A különféle jövőtervekről szóló beszélgetés révén az *aktuális dilemmával kapcsolatban ún. meta-pozícióba kerülnek* s ettől a rendszerben megnő az eddigi helyzet meghaladásának a lehetősége.

A jövőre irányuló, pozitív hangulatú kérdések tehát gyakorlatilag az új megoldások kipróbálását segítik elő, alternatív akciókat sugallnak, a korábbi, "besült" elképzeléseket fellazítják – végső soron az adott helyzet megváltoztatásának irányában hatnak.

Nagyon jól használhatók a jövőre irányuló kérdések azoknál a családoknál, ahol krónikus betegség van jelen, mert itt a jövőre vonatkozó koncepciók gyakran "befagytak". Azok a kérdések, amelyek összehasonlítják a jelenlegi helyzetet a betegség megjelenése előttivel, valamint azzal, amelyet a család a jövőre vonatkozóan anticipált még a betegség előtt (vagy elképzelt most, ha a betegség nem lenne), elválasztják a szisztémából következő természetes mintákat a betegséggel terheltektől.

Két évvel ezelőtt írtam egy cikket a milánói rendszerszemléletű kérdés asszociációs technikájáról. Ott az egyik kérdés az volt, hogy a család vesse össze kapcsolatai alakulását az adott problémát kiváltó esemény előtti és utáni időszakban. Felhasználva a kérdés adta ötletet (az "előtt" és az "után" összekapcsolását, amelyet a milánóiak arra használtak, hogy a probléma keletkezését összekössék az aktuális dilemmával), arra gondoltam, hogy ugyanígy a jelent és a jövőt is össze lehetne kötni. Ezek olyan kérdések, mint a "most... és majd", a "most... és ha?" vagy a "most... és tegyük fel, hogy..." Megkérdezve olyanokat, hogy pl. "Ha a szüleid elváltak volna, kivel szeretnél volna élni? Ha kollégiumba mennél, melyik szülőd hiányozna jobban?" – a jelen és a jövő határozottabban összekapcsolódik, a jövőre vonatkozó új információk kerülnek a rendszerbe. Pl. az utóbbi kérdésben olyan információ rejlik, amely a jelenlegi helyzet megértésében is segít, és ráadásul a jövőben várható változtatási lehetőségekre is utal. Elég evidens tehát, hogy az efféle kérdések erősen befolyásoló jellegűek. Rejtve maradt információk kerülnek felszínre a kapcsolatokról, és újabb elképzelések arról, hogyan lehetne stabilizálni a rendszert. Dönteni lehet arról, hogy a helyzet maradjon-e így a jövőben vagy megváltozzon.

Éppúgy, mint a milánói technika, a jövőre irányuló kérdések is *áttörik azokat a mindent átható szabályokat, amelyek a kommunikációt irányítják* a családban. Azokat a gátakat is, hogy kinek és mit lehet mondani. A családtagok képzeletében a jövőkép gyakran már kialakult (de ez még korántsem teljesen rögzült), s gyakran ezt olyan, a jelenből ható szabályok határozzák meg, amelyek a lehetőségeket beszűkítik, korlátozzák. Ha viszont egy olyan lehetőségre vonatkozó hipotetikus kérdést teszünk fel, amely még nem következett be, nem létező, akkor a család szabadon, jelenlegi szabályaitól függetlenebbül kreálhat egy új tervet.

A jövőről szóló új elképzelések megfogalmazása fontos információkat csatol vissza a rendszer "jelenidejébe". Ezekben megfogalmazódhatnak fantáziák, vágyak, vélemények, remények stb. – ezek mind részei a rendszernek, és ily módon előhíva, a család nyíltan kifejezett valóságának a részévé váltak. A többször megismételt hipotetikus kérdések közelebb hozzák a családhoz potenciális lehetőségeiket, amelyek segítségével új megoldásokat tudnak találni. Amikor mindez megtörténik, kimondható, hogy a család fejlődést ért el az előrecsatoló technika segítségével. Felszabadulnak és láthatóvá válnak a rend-

szerben rejlő kapacitások, s ezáltal könnyebb lesz azt újra stabilizálni. A családterápia kérdése mindig az, milyen terápiás mechanizmusok révén lehet egy fennálló szisztémát megváltoztatni és egy új szerveződés felé továbblendíteni.

A pozitív átfogalmazás

A milánói szisztémás családterápiában az egyik legfontosabb feladat a rendszer éppen érvényes szerveződésének a pozitív átfogalmazása. A szemrehányás legkisebb morzsája nélkül, pozitívan értékelik és definiálják a család dilemmáját, ugyanakkor felhívják a figyelmet arra, hogy problémájuk rendszerhez kötött, és ez a rendszer viszonylagos és megváltoztatható. A pozitív irányú átfogalmazás nagyon fontos a jövőre vonatkozó tervek kialakítása érdekében is: egy negatívnak ítélt rendszer nem tud pozitív konstrukciókat létrehozni. Utóbbi esetben csak olyan megoldások születhetnek, mint pl. "Én mindig csak zavarni fogom őt", vagy "Ő sohasem fog mellém állni". A helyzet pozitív vonatkozásainak hangsúlyozása lehetőséget ad a régi játszmák elhagyására, új ötletekre, megoldásokra. A rendszer még "érintetlen", de a család meta-pozícióba kerül saját problémájával kapcsolatban. Ennek van egy további előnye is: a meta-pozíció eredetileg a terapeuta helyzete – ezzel a váltással a kezelő jobban kívül tud maradni, és jobban ki tudja védeni a rendszerbe való bevonódást. Ebből a pozícióból a család is inkább képes meglátni, hogy megszokott megoldásai a saját rendszerükből, kontextusaikból fakadnak, és kívül kerülve annak sodrásán, más megoldásokat is el tudnak képzelni maguknak. (Ezeket a gondolatokat jól leírja *Blount*, 1986).

A jövőre irányuló kérdések tehát rávilágítanak arra, hogy a családi szisztéma aktuális állapota a rendszerből fakad. Amikor valaki elképze-
li jövőbeni helyzetét, elszakadhat az aktuális kontextustól. Ebben a módszerben tehát a kommunikáció is a jelenleg éppen érvényeshez képest meta-helyzetűvé válik. Annak érdekében, hogy ezt a helyzetet megszilárdítsuk, a jövőre irányuló kérdéseket következetesen újra meg újra megismételve kell feltenni. Ennek eredményeként az addigi kapcsolatrendszer új helyszínre, új időbe, új megvilágításba és új összefüggések közé kerül.

Alternatív megoldások

A családterápiában a legtöbb modell a jelen és a múlt eseményeivel, problémáival foglalkozik, a család jövőjére vonatkozó "bizonytalan" információkat nem tekinti reális adatnak. Pedig, amikor családi interjút készítünk, feltehetünk olyan kérdéseket, mint: "Mikor próbálkoztak először ennek a problémának a megoldásával? Mikor gondolt valaki valamilyen más megoldásra?", vagy: "Igen, látom, hogy ezt most éppen hogyan gondolják, de nem lesz-e valaki, aki erről holnap másképpen gondolkodik majd?" Mivel a jövőre irányuló kérdésekben a jövőre, illetve a változásra vonatkozó elképzelések szinte össze *vannak "házasodva"*, minden ilyen kérdés azt sugallja, hogy a változás lehetséges, és csak azon múlik, hogy vállalkozik-e erre valaki, ki és mikor.

Megvan annak az ideje a terápiában, mikor használhatjuk úgy kérdéseinket, hogy alternatív megoldásokat sugalmazzunk általuk. Ekkor mindegyre a változás lehetőségét foglaljuk bele a kérdésekbe: "Ha elmennél iskolába, az anyád elmenne-e dolgozni?" Néha előfordul, hogy a kérdésekre nem kapunk újfajta, jövőre irányuló reagálást, hanem a család a régi, bevett megoldásai szerint válaszol: "Nem tudjuk, hogy melyikünk hiányozna jobban Johnnak, ha iskolába menne, mert még sohasem voltunk hosszabb ideig távol egymástól". Miért történik ez? Több eset lehetséges: talán mindenki boldog lenne, ha megszabadulna a bajkeverő Johnnytól; talán az van benne, hogy nem hagyhatja el a családot, mert akkor az apja szívpanaszai felerősödnek; talán az anya azt reméli, hogy mindenképpen elmehet dolgozni, ha a legkisebb gyereke eléri a megfelelő kort stb. Általában valamelyik feltevésünk ezek közül beleillik a rendszerbe. Ekkor a terapeuta, ezt a feltevést kivetítve a jövőbe, megtesztelheti a családot, kérdezheti pl: "Ki mit gondol – ha senki sem hagyná el most a családot, az apa felépülése gyorsabb vagy lassúbb lenne-e? – vagy: "Ha Johnny nem menne el, kialakulhatna-e az apjával egy másfajta kapcsolat? Lenne-e lehetősége az anyának arra, hogy elmenjen dolgozni, ha Johnny otthonmarad?"

Végül, de nem utolsósorban: a jövőre irányuló kérdések *aláássák azokat a családi fantáziákat, hogy minden előre "meg van írva"*. Ha egy terápiában mindig csak a múltra vonatkozó kérdések hangzanak el, az a tévhit kaphat lábra, hogy mindenkit a múltja határoz meg – a jövőre irányuló kérdések ezzel szemben azt emelik ki, hogy ki milyen szeretne lenni. Ezzel egyrészt jövőkonceptciót adnak, másrészt segítenek abban,

hogy a család megszabaduljon a múltbeli mítoszoktól, és a múltban használt, de már nem sikeres megoldási módok logikájának szolgai követésétől.

A családi rendszer változásának menete

A jövő megtervezése *önmagában* is megtestesítheti a változás modelljét. Az erre használható legjobb módszerem, hogy megkérem a családokat, mondjanak el egy esetet, amikor szükséges volt valamilyen változtatás, és mondják el azt is, hogyan sikerült azt megvalósítaniuk. Ezen a módon együtt felderítjük, hogyan képes a család saját kapcsolatrendszerében változtatást elérni, megvizsgáljuk a rájuk jellemző változási modellt, s közben különféle szabályokat fedezhetünk fel. Ezekből kiderülhet, hogyan próbálnak a családok megoldást keresni problémáikra.

A premissza fogalma

Az utóbbi időben megpróbáltam olyan kérdéseket kidolgozni, amelyek a szóbanforgó családi szisztéma *lényeges kiindulópontjait* tartalmazzák, és ezeket vetítem ki a jövőre. A pozitívan megformált kérdés, vagy a benne rejlő előtétel (premissza = a logikai következtetés előtagja) a résztvevők változására, a fennálló viszonyok megváltoztathatóságára, esetleg egy teljesen új elképzelésre utal. A kérdések arra is rávilágítanak, hogy a család hasonló helyzetekben ismét folyamodhat ehhez a módszerhez, a jövőbe vetített látásmódhoz. A kérdések tehát mindenképpen alkalmasak arra, hogy a családnak ne csak a jelenlegi mintákat demonstrálják.

Annak a szemléltetésére, hogy a család problémája egy közös nézőpontnak "köszönhető", vagy a családi rendszer egy nagyobb részterületéről van szó, rendszerint a "*probléma-hit*" kifejezést használom. Ez a kifejezés jobban kifejezi azt, hogy egy rendszer kontextuálisan meghatározott eszméjéről van szó, és nem egy bizonyos problémához társuló viselkedésekről. Ezt a kifejezést könnyű megkülönböztetni a *szabálytól*: ez utóbbi a viselkedésnek valamilyen visszatérő ismétlődését fejezi ki, amely nem szükségszerűen társul egy adott problémához. Nem szabad összekeverni a *családi mítosz* fogalmával sem, amely értelmezésem szerint inkább a család közös története korábbi dolgokról és rítusokról.

A probléma-hit a *hipotézistől* is elválasztandó – ezt a terapeuta alkotja meg, és arra vonatkozik, hogyan változik a családi kapcsolatok mintája az idők folyamán. A problémahit szerintem leginkább ahhoz áll közel, amelyet Bateson a család habituális reagálásának tekintett: ez mélyen be van ágyazódva a struktúrába, és az elhárítás miatt elfojtódott (Bateson 1979).

Amikor egy család megjelenik valamilyen tünettel, a terapeuta feltételezi, hogy arról mind tudatos, mind tudattalan elképzeléseik vannak (utóbbiak a premisszák). Ezek lehetnek rejtettek, ellentmondhatnak egymásnak vagy az aktuális viszonyoknak. *Bármely premisszájának az a legjellemzőbb vonása, hogy a rendszer egyedeinek viselkedését vezérlő logikát generál.*²

Így pl. egy család – explicit vagy implicit – premisszája lehet, hogy az időseket tisztelni kell. Ha a családban többé-kevésbé mindenki ezt a gyakorlatot követi, akkor egy sok gondot nem okozó premisszáról van szó. Problematikussá akkor válik, ha a családtagok különbözőképpen viselkednek, és egymás viselkedését kifogásolják.

Egy szokványos példa: tegyük fel, egy házasságban az esetleg nem is kinyilvánított, de mindenesetre aktívan ható probléma-hit az, hogy "te megmentesz engem". Ha az új tapasztalatok nem érintik ezt a premisszát, az zavartalanul megmarad. Amikor azonban ez a premissza gondot kezd okozni (pl. amikor a "megmentendő" partner túl erőssé válik), a rendszer bajba kerül.

A viselkedés tehát a premisszától függ, ha az megváltozik, az addig érvényes viselkedés is széthullik. Tehát, ha a terápiába sikerül beépíteni új premisszákat, a régi premisszák szerinti viselkedés automatikusan széthullik, s nem véletlen, hogy a jelenség lefolyására olyan kifejezéseket használnak, mint az "ugrás" vagy a "diszkontinuitás".

2 A premissza változékonyságáról vagy tartósságáról írva Bateson megállapítja: "Azok az eszmék, amelyeket ismételtlen felhasználnak [az egyének], általánosulnak, a többenél absztraktabbá válnak... premisszákká rendszerint a leginkább generalizálódó képzetek alakulnak át, amelyekhez azután más képzetek is hozzákapcsolódnak. Ezek a premisszák viszonylag merevek, nem változnak... Ugyanez a folyamat határozza meg, hogy a mereven beprogramozott képzetek a nézetek rendszerében nukleárisssá válnak, azaz a többiek magját képezik, a premisszát körülvevő többi nézet létezése pedig attól függ majd, hogy mennyire illeszkednek a maghoz. Ebből következik, hogy a premisszában bekövetkező bármely változás az egész kapcsolódó nézetrendszerben változást indukál." (Bateson 1979)

Fejlődéssel kapcsolatos premisszák

Általános premisszáink gyakran érintik a saját magunk által átélt fejlődés témáit: pl. azt tartjuk, hogy az adoptáló családok hajlamosak szeparálódni; a nyugdíjazást nehezebben dolgozzák fel a férfiak; az új házasságok gyakran az egyik fél szülőmodelljét követik; krónikus betegség esetén a jövő könnyen "befagy" stb. Ezek helytálló, munkapremisszák, amelyeket a terapeuták felhasználnak a családok működésének megértésére. Azonban, bár minden család keresztüljut ezeken a fejlődési fázisokon, ezt mindegyiknél nagyon másként történik. Pl. a család elhagyása egészen más problémákat kelthet az egyik családban, mint a másikban még akkor is, ha hasonló kulturális és etnikai paramétereik vannak. Annak érdekében, hogy kiderüljenek a családi elképzelések a problémáról, magát a problémát kell "provokálni", és arra késztetni a családot, hogy az azzal kapcsolatos magyarázatait előhozza.

Példa a fejlődési premisszára alapozott kérdésre

Az egyik, általam szupervideált családba új tag lépett be, a nagyapa, aki nemrég elvesztette a feleségét, és ez nagyon megviselte. Lánya és annak a családja segíteni akart neki ebben a helyzetben. A családban még két tizenéves lány volt, s mivel a férj túl sokat dolgozott, a lányok nevelése egyedül az anyára, Sheila-ra maradt. A nagyapa bekerülése után egy évvel a nagyobbik lány elkezdett iskolát kerülni, kimaradozott és azt mondta, nem érzi jól magát otthon. Sheila és a nagyapa alkották azt a párost, amelyik a nagylány problémájával akart foglalkozni.

A család együtt jött a terápiás ülésre. Úgy látszott, a nagyapáé a kezdeményezés, Sheila csendes és legyőzött. Az apa is eljött, ő is csendben volt. Néhány információ összegyűjtése után világossá vált, hogy ennek a következő "problémahite" van: "egyedül az anya dolga a gyerekek felnevelése". Feltételezésünk szerint ez túl sok volt neki, emiatt az apjához fordult, akinek meg, mivel szüksége volt valamilyen elfoglaltságra, kapóra jött ez a kérés, és bevonódott.

Ekkor a terapeuta a következőket kérdezte a problémás lánytól: "Ha te felnőtt lennél, gyerekekkel, s tegyük fel, problémáid lennének velük, vajon melyik szülődhöz fordulnál segítségért: az anyádhoz, mert ő a tapasztaltabb, vagy inkább az apádhoz, mint ahogyan a te

anyád is tette?” Ezzel a kérdéssel a felborult hierarchiát szerettük volna megváltoztatni, úgy, hogy a problematikus premisszát a kérdésben a jövőre vetítettük ki. Figyelemreméltó reagálás volt az eredmény: a lányok apja felugrott és könnyekkel a szemében azt mondta: “Remélem, egyikőjüket sem kell választania, neki a férjéhez kell fordulnia!”

Példa a fejlődési premisszára építkező rituáléra

Egy terapeuta-házaspár (jó hatvanasok) jött pszichoterápiába azzal, hogy egyre többet veszekednek, és egyre kevésbé értik meg egymást. Öt évvel azelőtt, rövid, romantikus kapcsolat után házasodtak össze azzal az elképzeléssel, hogy kettesben boldog, nyugodt öregkort tudnak kialakítani. Ehelyett egyre többet voltak külön, a feleség hosszú órákat dolgozott, s ezalatt hiányzott a még több törődést követelő férjének.

Érdeklődésemre kiderült, hogy a feleség – az előző házasságból származó – lánya Kaliforniában él családotul, a férfi gyermekei viszont Európában voltak, és velük csak nagyon ritkán nyílt alkalom a találkozásra. Bár a házasságukat megalapozó premissza mindkettejüknél azonos volt (“együttes, békés öregkor”), látszott, hogy ez valamiért nem teljesül. Ezután mindkettőtől megkérdeztem, a saját szüleiknek milyen öregkora volt. Kiderült, hogy a feleség anyja együtt élt a feleséggel, a mama haláláig; Dan pedig a mai napig sajnálja, hogy nem lehetett az apjával, annak utolsó, beteges éve alatt. Érzékelhető volt mindkettőjük ki nem mondott gondolata, hogy hiányoznak nekik a gyerekeik, és tulajdonképpen nem is tudják, kit is szeretnének öreg napjaikban inkább maguk mellett tudni – egymást vagy a gyerekeket. Az aktuális probléma hátterében tehát az állott, hogy a feleség az anyjával maradt annak idős korában, a férj pedig nem. Ezt úgy kommentáltam nekik, hogy két olyan ember, akik ennyire élvezik még a munkát, túl fiatal az együttes megöregedéshez, azonban a terápia felhasználható arra, hogy előre felkészüljenek arra az időre. A következő ülésre úgy készüljenek, hogy közösen megtervezzük, mi történjen velük a jövőben. Az ülésen “megidéztük” a gyerekeket és a házaspár szüleit is, azzal, hogy tudnom kellene, a megidézettek vajon mit gondolnának arról, mi lenne nekik a legjobb. Valamennyi eltérést, amely az ő szájukból elhangzó gyermeki és szülői “vélemények” között volt, kihangsúlyoztam. A végeredmény az lett, hogy a férj kijelentette, 10 évvel fiatalabbnak érzi magát, a felesége pedig azt mondta, egész biztos, mind az anyja, mind a lánya örülnének annak, hogy megtalálta magának Dant.

Nemrégiben ellátogattam Crossroadba, egy Massachusettsben lévő mentálhigiénés centrumba, és részt vettem egy nagyon érdekes eset megfigyelésén. A szóbanforgó családban egy súlyos anorexiás lány volt, többszörös öngyilkossági kísérlettel. A terapeuták először egyedül találkoztak vele, de szükségesnek érezték néhány ülésre a szülők meghívását is. Nagy nehezen egy alkalomban sikerült megegyezni. Amikor leültek, a lány halálsápadt volt, a kérdésekre suttogva válaszolt a zord, néma csendben ülő szülők előtt. Kiderült, hogy azok elhozták magukkal az egyik szomszédot is, aki az ajtó előtt üldögél. A terapeuta kíváncsi lett, és megkérdezte őket, miért hozták el a szomszédot? A válasz: az illető ugyanannak a templomi gyülekezetnek a tagja, mint ők, és minden problémájukban egyetért velük.

Egyértelmű volt, hogy a szülők helytelenítik a terápiát, és nem is akarnak együttműködni. Az tény, hogy a lány semmivel sem nézett ki jobban, mint annak előtte, az evése sem változott. Az interjú célja éppen az volt, hogy a szülők ellenállását áttörjék. Azonban bármit kérdeztek a terapeuták, az anya remegve tiltakozott a válaszadás ellen, s csak annyit volt hajlandó mondani, "Az Isten gyermeket adott nekünk, egyetlen utasítással: tápláld a gyermekeidet!" Ezzel védekezett, amiért ő semmi mással ezenkívül nem hajlandó foglalkozni. Az apa egyetértően bólogatott. A tükör másik oldalán világosan lehetett látni, hogy a továbbhaladásnak ez a családi premissza a legfőbb akadálya. Kialakult egy bűvös kör: a szülők ellenségesek voltak, és csak annyit akartak, hogy terápia gyanánt etessük a lányt, a lány viszont nem evett, mert nagyon erős kötésben volt a családjával. A kérdés az lett, hogyan tudjuk a szülőket valahogy beilleszteni a terápiába.

A stratégia kidolgozása az "isteni terv" figyelembevételével történt: a terapeuta megkérdezte a szülőket, hogy vajon az, ami a lányukkal történik, az Isten tervei szerint történik-e? Erre igenlően válaszoltak. A következő kérdés az volt, hogy ha ez így van, akkor abban a tervben benne van-e ez a terápia? Erre azt válaszolták meghökkenten, hogy ez bizony lehetséges. Majd az apa ezután még hozzátette, igen, az Isten ezt belesúgta a bal fülébe, de közben azt is mondta, hogy "Tápláld a gyermekeidet!" – és ennek ellenére itt mi történt! Ezek után a terapeuta kijelentette, hogy az Istent kihagyva valóban lehetetlen lenne gyógyítási tervet csinálni a lánynak, de sajnos ezt ő nem is teheti meg, mert

nem tagja a szóbanforgó szektának. Úgyhogy csak az a lehetőség marad, hogy a szülőknek kell felkészülniük a következő ülésre abból, milyen instrukciókat lehet adni Istennel egyetértésben a lánynak. Ebbe a szülők természetesen beleegyeztek.

Mire az ülésnek vége lett, az apa viselkedése megváltozott: közvetlen lett, spontán beszélni kezdett a terapeutákkal, megkérdezte, hogy nem a Prednizolon tablettáktól lett-e a lánya ilyen bolond, majd mielőtt az még válaszolhatott volna, elmesélte, hogy ő is bolond lett attól néhány évvel korábban, amikor az asztmájára szedte. Kialakult tehát a szülőkkel egy kapcsolat.

Ez az eset jó példa arra, mit is lehet kezdeni azzal, ha a család negatív premisszákkal áll hozzá a terápiához. Azzal viszont, hogy a családi elképzelést, az "isteni tervet" pozitívan értékeltük, egyrészt képet kaptunk a család valódi rendszeréről, másrészt a család hajlandó lett a terápiában való együttműködésre.

Jövőtervezés krónikus betegséggel küzdő családokban

A jövőre irányuló munka, mint módszer nagyon jól használható azokban a családokban, ahol krónikus betegség áll fenn. Ez gyakran minden, jövőre vonatkozó elképzelést befagyaszt. A jövő ezeknél a családoknál sokszor csak a rosszabbodást vagy a halált jelenti. Csak ebben gondolkodva, a rendszer teljesen bemerevedhet, és minden változással szemben rezisztens lesz.

Ezeknél a családoknál, amelyek tehát ily módon nehezen vagy alig tudják elképzelni a jövőt, elvész a családi rendszer flexibilitása, amely megengedi az új jelentéseket. (Itt az idő fontos faktor – gyakran érzem azt, hogy a homeosztázis modelljét a régi "változás és nem változás" helyett jobban le lehetbe írni a "változás és a változások közötti idő" kategóriájával.)

A jövőkérdések használatával új elképzeléseket lehet létrehozni. A családi rendszer beállt ugyan a betegségre, és gyakori minta, hogy elkülönül a külső világtól, a kérdések kapcsán mégis felbukkanhatnak olyan változtatási lehetőségek, amelyek képesek a betegség tényét is respektálni.

Saját gyakorlatomban azt találtam, hogy ha lehetséges annak a premisszáinak a megtalálása, amely a betegség előtt jellemző volt a

családra, valamint az, amelyekkel aktuálisan alkalmazkodnak a betegséghez, akkor el lehet érni, hogy a család elképzelje a jövőbeli lehetőségeket és szükségleteket. Ez lehetőséget teremt arra, hogy a jelenlegi mintáikat feladják, és vagy visszanyúljanak a bevált régihez vagy képesek egy újat találni.

Az Ackerman Családoterápiás Intézetben pl. volt egy esetünk, még 1981-ben, amikor egy anya és három tizenéves gyermeke kért segítséget egy családi "háborúban". A családi problémát főleg a legidősebb testvér (Jane) jelentette, akinek a házi gondozói szerepkör jutott. A bátyjának (Ben) rák miatt amputálták a bal lábát. Jane önfeláldozóan ápolta. A szülők öt évvel Ben rákja előtt váltak el, a három gyerek a felelőséggel maradt. Apjuk egyedül élt és alkoholista lett, vele a gyerekeknek eltérő kapcsolatuk volt. A legjobb viszonyban Jane-nel maradt, a középső, Mary is közelebb volt hozzá, legkevésbé pedig Ben. Két ülést tartottunk a családdal közösen, ezeknek az lett az eredménye, hogy Jane kimozdult a gondozói szerepből, Ben meg az apja között pedig szorosabbá vált a kapcsolat. Bár az utasításokat a család követni tudta, alaplétezményén nem tudott változtatni. Ez abból derült ki, hogy a terápiás üléseket követő tavaszon újra felhívtak minket azzal, hogy a fiatalabb lány leukémiás lett, és ő meg az anya terápiába szeretnének jönni, mert borzalmas veszedelem van közöttük. A többiek közül Ben az iskolái miatt nem volt otthon, Jane pedig nem akart megint "gondviselő" lenni.

Kiderült, hogy az anya beleszólt a Maryvel kapcsolatos terápiás ügyekbe, nem vette tudomásul, hogy a lány már 21 éves, ő akarta irányítani az életét. A lány viszont a terapeuták ellen tiltakozott, mert még a múltkorról úgy érezte, azok túl sok figyelmet szenteltek két testvérének, őt pedig kihagyták. Mindez jól mutatta érzéseit és a családban elfoglalt helyzetéről szóló premisszáit: ő csak a harmadik lehet az anyja számára. Ez akkor borult fel, amikor megbetegedett, és az anyjával való kapcsolata hangsúlyossá vált. A családban az "anya + rákos gyerek" páros volt a domináns kapcsolati minta.

Az ülésen azt kérdeztük tőle, mit gondol, hogyan fog folytatódni a kapcsolatuk az ő meggyógyulása után? Majd más szavakkal is: ez lenne az, amire vágyott?

Mary azt felelte, ő szeretné, ha a kapcsolatuk továbbra is erős maradna, az anyja azonban ugyanerre a kérdésre nem adott egyértelmű választ. Keresve ennek a kétértelműségnek a pozitív magyarázatait, az derült ki, hogy az anya apja kártyás, gyermekeivel nem törődő

ember volt, és a családban volt még egy beteg testvér is, akit az anyja ápolt. Tehát a két nő, anya és lánya premisszája érdekes módon a múltban egyezett: mindkettőt mellőzte az anyja egy beteg testvérről szemben.

Elkeztünk dolgozni ezzel a premisszával, amely a Mary leukémiája előtti viszonyukat meghatározta. A pozitív vonatkozásokat kiemelve, kifejtettük előttük: civakodásuk azzal van összefüggésben, hogy kapcsolatuk a betegség miatt nagyon szorossá vált. Meg lehetne keresni, mi legyen a mindkettőjük által kívánt helyzet a jövőben? Hogyan lehetne kapcsolatuk szorosságát a jövőben összekombinálni a függetlenséggel és a megfelelő távolságtartással? Ezek a kérdések segítettek nekik abban, hogy a betegséget elválasszák a kapcsolattól.

Utolsó példánkban egy olyan párról lesz szó, ahol problémaként a feleség életveszélyes betegségét prezentálták.

A feleség második abortusza után derült ki, hogy egy különleges típusú rákja van, ettől fogva életstílusuk drámaian megváltozott, és a házassági egyensúly erősen felbillent. Harmincas éveikben járó reklámszakemberek voltak, a feleségnek jól alakuló, a férjnek kevésbé sikeres karrierrel. Mindkettejüknek volt már egy házassága, és a találkozásuk után nem sokkal váltak el az előző házastársától.

A jelenlegi nehézség háttérében lévő premisszájuk a következő volt: mindketten azt érezték, hogy ebben a kapcsolatban csapdába estek, nem tudják azt produkálni, amit szerettek volna. A nő egy erős, támaszt nyújtó férjet és gyerekeket szeretne, a férfi pedig egy olyan feleséget, aki vele egyenrangú partner. Ehelyett a nő azt érezte, neki kontrollálnia kell a férjét, aki viszont magáról azt, hogy ő dependens és kontrollált. A pár dinamikája a testvér-rivalizációra hasonlított. Korábban abban vetélkedtek, hogy ki a kompetensebb s emiatt sok mindent veszni hagytak.

A következő példa egy olyan ülésből való, amelyet ők kértek, mert nagyon kiborultak egy veszekedés miatt. Az történt, hogy a nő, hosszú hónapok óta először, kezdte magát jobban érezni. Arra számított, hogy a férje ezt vele együtt fogja ünnepelni. Ehelyett a férj sértetten és dühösen kitálalt. A nő úgy érezte, a férje halálra gyötri ebben a kapcsolatban, a férfi pedig azt, hogy ő fog belepusztulni. Az ülés anyagából jól követhető, hogyan vezeti be a terapeuta a pár premisszáját – "Abban

kell versenyeznünk, hogy ki fog inkább veszteni” – és egy pozitív átfogalmazásban projiciálja ezt a premisszát a jövőbe.

Bob: Nekem – nekem nincs elképzelésem a jövőről.

Ann: Szerintem ez a mi központi problémánk, nekem fontos, hogy világos elképzelésem legyen a jövőről, hogy jól érezzem magam, és tudjak tartani valami felé. Nekem mindig volt elképzelésem a múltban is és mindig dühített, hogy neked nem volt.

Ter.: Változtathatunk annyit azon, amit elmondott a veszekedésről, Bob, hogy maga úgy érezte, mindig szabadon kifejezheti a sértődését, ha elfogja ez az érzés?

Bob: Igen, persze – úgy érzem, Ann sokkal erősebb, miközben én meg magamba fojtottam, hogy ne törjön ki belőlem.

Ter.: Azt gondolta, ő már elég erős ahhoz, hogy ezt hallgassa?

Bob: Nem tudom – olyankor nem tudok racionálisan szelektálni a dolgok között.

Ter.: Ann, amikor maga elkezdte magát jobban érezni, azt gondolta, hogy most Bob kihúzza maga alól a talajt azzal, hogy dühös magára?

Ann: Igen, ez az. Ezzel vádolom még most is.

Ter.: De nézzük ezt most egy kicsit másképpen. Nem lehet az, hogy ő azt érezte, most már maga elég erős ahhoz, hogy ő is panaszkodhat. Mi történt akkor?

Ann: Nos, moziban voltam, megnéztem egy csodálatos régi filmet, és ahogy bejöttem a szobába, Bob rögtön láthatta rajtam a változást, mert énekeltem és körbetáncoltam.

Ter.: Akkor maga remek hangulatban volt?

Ann: Igen, és feltettem egy Tony Bennett lemezt, Bob meg egyre ingerültebb lett. Voltam egy olcsó boltban, találtam néhány ruhát, és úgy éreztem, hogy végre kiemelkedem az előző idők rémségeiből. Megkérdeztem tőle, hogy miért olyan morózus, mire (sírva) azt mondta: “Te mindig ki tudod mutatni azt, amit érzél, én pedig mindig magamba fojtok mindent azért, mert te beteg vagy”. Ezt mondta, és ez azt jelentette, hogy soha nem boldog amiatt, hogy én mellette vagyok. Akkor azt gondoltam, nem fogom hagyni neki, hogy megint összeroncsolja az egészségemet. Azt mondtam: Rendben, te tehát soha nem vagy boldog, mert én körülöttem vagyok? Akkor halld meg az igazságot, én sem vagyok soha boldog, mert te körülöttem vagy, de csak azért is jól fogom érezni magam, te pedig itt maradsz, vagy csinálj, amit akarsz, de a pokolba kívánlak!” Úgy éreztem, mintha ezzel valami nagyon súlyos dolog történt volna, olyan volt, mint egy rossz ómen a jövőre nézve, úgy éreztem, mintha az egész jövőm összetört volna. Felfedeztem, hogy lehetséges, a férjem nem akar mellettem maradni, és azt mondtam neki, “A sértődéseid ki fognak nyírni engem!”

Ter.: Hagyja, hogy az megölje magát? (szünet) Emlékszem, mennyire romantikusan képzelte el a jövőt, mint egy románcot és ez a történet, amelyet most elmondott, a Bobbal való románc lehetőségét törte össze?

Ann: Azt hiszem, igen.

Ter.: El tudja képzelni a jövőjét Bobbal, de románc nélkül?

Ann: Azt mondtam neki az elmúlt éjjel, hogy remélem, barátok leszünk.

Bob: Ez a "legyünk barátok", ez nekem egy igen gyászos jelzés, tele ellenséges érzülettel. Magány, szétválás, különélés...

Ter.: Ez a magánynak és a távollétnek a kulcsszava, vagy pedig egy megállapodás kulcsszava arra vonatkozóan, hogy van egy közös jövő, románc nélkül?

Ann: Mint házasságot?

Ter.: Hm...

Ann: Nem, én túl romantikus vagyok.

Bob: Nem. Én tényleg nem tudom elképzelni a jövőt ilyen formában. (Ann nevet). Ez nem megegyezés kérdése.

Ter.: Úgy tehát a maguk számára az együttes jövő csak olyan lehet, hogy románc legyen benne.

Ann: Igen.

Bob: Azt hiszem, igen, ez egy fontos dimenzió. Nemigen tudok elképzelni egy... egy... üzleti mintára kialakított kapcsolatot.

Ter.: Hát, akkor például egy meghitt, barátságos viszonyt, szex nélkül. Mit gondolnak, melyiküket érdekelné jobban egy jövőbeli románc? Melyikük érdekeltőbb egy romantikus viszonyban?

Bob: Azt gondolom, mindketten szeretnénk.

Ter.: Ki szeretné ezt előbb?

Bob: Nem tudom.

Ann: Én betegnek érzem magam, és azt kérdezem magamtól, ki fog engem akarni? Tudja, én már soha többé nem leszek "piacképes". Feminista vagyok, mégis eladhatóságról beszélek.

Ter.: Úgy gondolja, hogy Bobnak több lehetősége lesz újabb románcot, újabb szexuális partnert találni, mint magának?

Ann: Igen. Nekem meg van ez a megnyomorító betegségem.

Ter.: Tehát azt érzi, hogy Bob inkább talál valakit, mint maga, hogy gyorsabban találna valakit, mint maga?

Ann: Igen, ő még képes arra, hogy legyen gyereke.

Ter.: Igen, Ann lehetőségei valóban kisebbek, amint mondja, a körülményei miatt.

Ter.: És maga, Bob, lesznek nehézségei, amiatt, hogy nem kedveli a romantikus kitöréseket. Úgyhogy melyikük fog jobban boldogulni a jövőben?

Ann: Hát, majd jobban csináljuk.

Ter.: Mindegyikük teszi majd a sajátját, a saját külön előnyére és hátrányára, mégis, kinek lesz jobb sora?

Ann: Erre nem tudok felelni, mert csak most kezdem érezni magamat úgy, hogy talán mégsem fogok meghalni.

Ter.: Nem rossz érzés, ugye? De azt is érzi – hogy neki jobban fog menni, mint magának. Nos, kinek lenne rosszabb, már ami kettejüket illeti?

Bob: Én nem tudom.

Ter.: Nos, tegyük fel, harcolniuk kellene a jövőben, melyik esetben hagynák ezt abba: ha valamelyikük győzne? Vagy akkor, ha veszít?

Bob: Ez érdekes. Jesszusom!

Ann: Akkor maradna abba, ha valamelyikünk rosszabb – nem, jobb, az előbbi jobban definiálható. Nekem elfogadhatóbb azt mondani, hogy “Úgy érzem, szar vagyok”, mint azt, hogy “Te sikeresebb vagy, mint én”.

Ter.: Mit gondol erről Bob?

Bob: Mindkettőnknek vannak fenntartásai, amelyek azt mondják: én sokkal jobban csinálnám, ha te nem lennél beteg; vagy: én sokkal jobban csinálnám, ha nem tennél engem beteggé. Mindkettő igaz.

Ter.: Minek kellene megváltoznia a jövőben ahhoz, hogy a harcuk a jövőben inkább arról szóljon, ki csinálja jobban?

Ann: Ez milyen harc lenne?

Ter.: Ühüm...

Ann: Válaszolna erre? Én tudom, milyen egy átlagos özvegység. Azt jól meg kellett tanulnom.

Ter.: Jól megtanulhatta.

Ann: Igen.

Ter.: Ühüm...

Bob: Azt gondolom, hogy épp ilyennek kell lennie... az érzések valamilyen világos, egyértelmű kifejeződésének.

Ter.: Nos, akkor ez most helyrekerült, nem?

A pár “játszmája” felismerésével indítja be a változásokat, majd a pozitív változásról kiderül, hogy az felel meg az igazi viselkedésüknek, amely erre a külön ülésre hozza őket. Látjuk, hogyan távolodnak el a betegségtől kapcsolatuk általános vonásai felé. A jövőkérdések tartalmazzák a rendszer fontos premisszáját és intervencióként szolgálnak. Az előrecsatolás technikájából származó jelzések lehetőséget kínálnak a terapeutának, hogy meg tudja becsülni még az ülés alatt a család változásra való kapacitását, és a rendszerbe új információkat vigyen be.

Változást okozó krízisek – egy közös vonás a családterápiákban

H. Jenkins

Ez a cikk azt a felvetést tárgyalja, hogy valamennyi hatékony családterápiás megközelítésben fellelhető, lényegi mozzanat valamilyen mértékű krízis kiváltása. Akár azt is mondhatjuk, ha ez elmarad, az a terapeuta számára jelent "krízist". A változás folyamatának és a terápia menetének, hasonlóságainak számbavétele után az írás bemutatja, milyen módon provokál krízist három családterápiás modell: a strukturális, a stratégias és a szisztémás megközelítés. Végezetül egy rövid diszkusszió zárja a cikket.

Bevezetés

Minden fejlődési folyamat vizsgálatánál lényegbevágó a "rég" és az "új" megkülönböztetése. A fejlődés korai szakaszát különösen gyakran jellemzik extravagáns kitételek, amelyek elsősorban az addig elfogadott rendszer "szelektív sükettségének" áttörését célozzák. *Madanes és Haley* (1977) leírásából kitűnik, hogy a családterápiás éra legelején mennyire fontos volt, hogy azt nemcsak más kezelési formáktól, hanem az egyes irányzatokat még egymástól is megkülönböztessék. Amint azonban az iskolák kereteit illetően, és azon belül nagyobb egyetértés alakult ki, előtérbe kerülnek a különböző iskolákban fellelhető közös vonások.

Az egyik legfontosabb ilyen vonás, hogy valamennyi kutató és gyakorló családterapeuta – így vagy úgy – elfogadja a családi életciklus létezését (*Haley 1973, Solomon 1973, Carter 1980, Jenkins 1983, Combrink-Graham 1985*). Ez jó gondolkodási keretként szolgál a terapeuták számára a családi életfolyamatok könnyebb megértéséhez. Így pl. ebből kiindulva írja le *Walsh* (1982), hogyan működnek az egészséges és a

diszfunkcionális családok, és a különböző kezelési modellekben melyek a terápia célok.

“Patterns Which Connect”

Bateson kibernetikai példákkal mutatta be, hogy különbözőség és azonoság ugyanannak a folyamatnak a két oldala. Terapeutákat figyelve az ülések alkalmával, ugyanezt látjuk: bár viselkedésük és a használt technikák nagyon különbözhetnek (aszerint, hogy mit tartanak normálisnak, és hogyan akarnak változást elérni), a terápiás intervenció szándékai mégis egy hasonló cél irányába mutatnak. Tehát az ülések alatti konkrét (nevezzük ezt elsőrendűnek) viselkedés különbözősége mögött észrevehetjük, hogy egy elvontabb szinten (ez lenne a viselkedési másodrendű szintje) megjelennek az azonos minták, így pl. valamennyi terápiás modellben a krízis provokálása. A két szint közötti kapcsolat úgy is leírható, hogy az elsőrendű viselkedési minták mintegy be vannak ágyazva egy magasabbrendű aktivitásba.

A változás folyamatának lépései

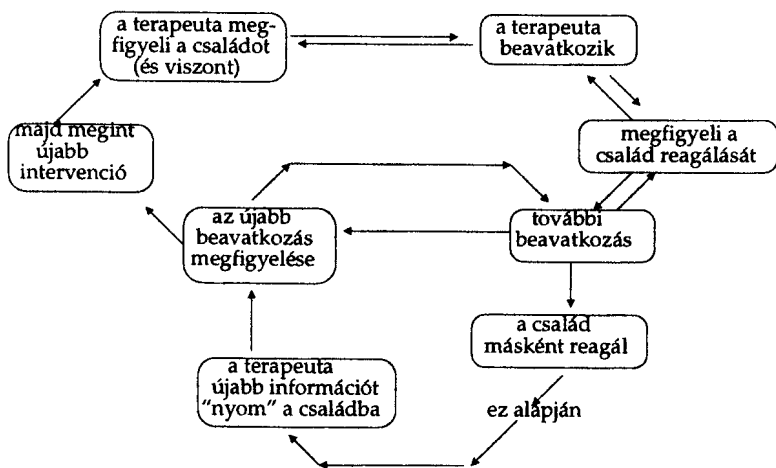
Könnyen belátható, hogy az intakt, külső beavatkozástól mentes, természetes rendszerek változásának mozzanatai lényegében megfelelnek a változást létrehozó terápiás folyamat lépcsőfokainak. Ugyanezen a mozzanatokon kell végighaladnunk a terápia során, ha változást akarunk elérni. Ez a megállapítás magában foglalja azt a nézetet is, hogy a “jó” terápia a természetet imitálja, és a folyamat dinamikájának két oldala (a változás és a mozdulatlanság) kölcsönhatásban van egymással (ld. a túloldali ábrát).

Háromféle folyamatról van itt szó. Az első (folytonos nyíllal jelzett kör) képviseli bármely rendszerben a változási folyamatot – legyen a rendszer egy személy, egy család vagy egy szervezet. A szaggatott nyilakkal kialakított járulékos körív mutatja, mi történik akkor, ha a rendszer nem képes az új mozzanatot integrálni. Az így létrejött viselkedést címkézzük diszfunkcionálisnak vagy tünetnek.

Lehetséges, hogy a tünetből vagy diszfunkcióból fakadó feszültség képes a rendszer “továblökésére” az új viselkedés elfogadása irányában, de az is előfordulhat, hogy a rendszer “beragad”, és valamilyen

A terápia folyamatának mozzanatai

A második ábra két, egymásbakapcsolódó kört mutat. A nagyobbik (folyamatos nyilak) a kezelő és a család közötti egyszerű interakciót jelzi. Ez azzal indul, hogy a terapeuta megfigyeli a családot (az pedig megfigyeli a terapeutát). A megfigyelő helyzetre épülő "intervenciók" még nem speciálisan, kizárólagosan a változás előidézését szolgálják, hanem információk gyűjtését, gyarapítását, további tisztázását. Lehetőség nyílik azonban arra is, hogy a kérdezést szándékosan és kifejezetten azzal a céllal építsük fel, hogy az új információt jelentsen a család számára. A kezelőnek ez a változásra irányuló szándéka szintén a megfigyelő pozíciójából indul, de aztán abból leágazik (kisebb, szaggatott nyíllal jelzett kör), amikor a terapeuta az új információt vagy viselkedést "benyomja" a családba.



A hatékony kezelés folyamata

Hogyan provokálnak krízist a különböző családterápiás iskolák?

Talán leginkább Minuchin összpontosított a kezelés során krízisek kiváltására – ezt a terápia sarkalatos pontjának tartotta (1974). Nála

azon volt a hangsúly, hogy az ülésen elrendelte a diszfunkcionális viselkedést, majd különféle technikákkal (*intenzifikálás, egyensúlytalánítás*) blokkolta ezeket a tranzakciókat. Ülések utánra pedig olyan feladatokat írt elő, amelyek még inkább megszakították a család által preferált viselkedési mintákat. Ez az iskola – a strukturális családterapeuták – ezenkívül erősen támaszkodik a családstruktúra megváltoztatására (pl. a nemek, funkció, működés szerinti alcsoportok módosítása). A változás mellett nyíltan elkötelezett terapeuta taktikusan változtatja az egyes családtagok mellé állását, koalíciókat köt és bont meg. Minuchin munkái nyomán ez a típusú kezelői beavatkozás a legismertebb az irodalomból, és valószínűleg ezt tanítják a leggyakrabban a családterápiába való bevezetésül.

Egy rövid klinikai példa segít annak megmutatásában, hogy a krízis kiváltásának központi szerepe van a hatékony terápiás munkában:

Karent két hónapos korában vették fel először egy sebészeti osztályra, spirális kartöréssel. A szülők szerint a sérülést úgy szenvedte el, hogy kiesett az apja öléből, amikor az fürdés után szárazra akarta törölgetni. Hét hónapos korában ismét sebészetre került, mert összetörte az arcát. A vizsgálatkor felfedezték, hogy számtalan sérülés van rajta. Ügyészi vizsgálat történt, Karent pedig állami gondozásba vették, majd a szerzőt felkérték arra, hogy kíséreljen meg valamilyen családterápiás beavatkozást annak érdekében, hogy a kislányt vissza lehessen adni a családnak. Az apa 19 éves, csonka családban nevelkedett, 6 fiú közül a legfiatalabb, éppen kikerült Borstalból (fiatalkorú bűnelkövetők részére fenntartott zárt intézet). Az anya 21 éves, 3 lánytestvér közül a legidősebb, intakt családból jött. A házaspár abban a közös hiedelemben osztozott, hogy az apa nem jó szülő, és mindig valami bajt csinál, a feleség viszont "kiváló anya", és jól oldja meg a helyzeteket.

Most nézzük meg, mi történne különböző családterápiás iskolákban! *Strukturális családterápiában* minden lehetséges alkalommal hangsúlyoznák, amikor az apa az üléseken kompetensen bánik Karennel, akár közvetlenül, akár az anya segítségével. Tárnogatnák az apát abban, hogy minél világosabban meg tudja fogalmazni a felesége számára, milyen segítséget vár tőle ahhoz, hogy biztosabb lehessen Karennel. Meggátolnák, hogy az anya dominálja az apát, amikor az megkísérli, hogy Karennel foglalkozzon. Erősítenék a végrehajtó családi szubszisztémát, hogy ne Karen legyen azoknak a vitáknak a középpontjában, amelyek az ő kapcsolatukról szólnak. A konkrét példában a családnál

látott szerveződés és hierarchia, az anyai nagyszülők aktív szerepe támasztja alá ezt a fókuszot.

A *stratégia-családterapeuta* ugyanezt másképpen közelítené meg. Azt mondaná, nincs a birtokában káté arról, hogy mit nevezhetünk normális családi működésnek. Ezért azokat az intervenciókat részesítené előnyben, amelyek a családtól közvetlenül nyert anyagból építkeznek. Általában, megkísérelné blokkolni a család szokásos megoldásait. Így pl. megjegyezné, hogy minél inkább átveszi a szorongó anya a gyermek gondozását az apától, annál kevésbé segítene ez a helyzetnek, mert az apa egyre feszültebb lenne, könnyen elvesztené a türelmét és a biztonságát Karennel kapcsolatban, s ez végső soron több sérüléshez vezetne; s megfordítva, minél inkább kizárnák az anyát, annál inkább szorongana és még erősebben meggyőzné magát arról, hogy az apa képtelen a kisbábát ápolni. A kezelő olyan stratégiákat fejlesztene ki, amelyek abba az irányba tolnák a párt, hogy kettőzzék meg erőfeszítéseiket (mivel világos volt, hogy egyik szülő sem akarja végleg elveszíteni a bébit); így pl. az apának az ülések közötti időszakban egy alkalommal úgy kellene tennie, mintha nem lenne képes ellátni a gyermeket, de ezt a feleség nem tudhatja, mikor teszi ezt "célzatosan". Az ilyen stratégiák nagyon alkalmasak a konkrét helyzet feszültségének fokozására, így váltják ki a krízist (ami után, akármilyen történik is, az a viselkedés már nem lehet ugyanaz, mint korábban).

A *milánói iskola*, amelyet gyakran *szisztémás megközelítésnek* is neveznek, megpróbálna felállítani egy, minden érintettre kiterjedő rendszerszemléletű formulát. Ehhez az egyik leghatékonyabb eszköz a cirkuláris vagy reflexív kérdés: ebben az esetben a kérdéseket úgy konstruálják meg, hogy azok új információkat vigyenek be a családba (az egyes személyekről, kapcsolataikról, a hiedelmekről stb.) – eközben a terápiás keret mindig tisztelőtben tartaná a családi szisztéma integritását.

Bár ebben az írásban nem tudunk erről az iskoláról részletesebben beszélni, pl. egy ilyen hipotézis lehetne: "Az apa tulajdonképpen az anyának a saját szülői képességeire vonatkozó kétségeit szünteti meg azzal, hogy folyamatosan bizonyítja viselkedésével azt, hogy ő sohasem lesz a feleségénél jobb szülő. Ezzel védi ki annak a kockázatát, hogy a kudarcot valló anya depressziós legyen, vagy elhagyja a férjét." Ezt a hipotézist azok a megfigyelések támaszthatnák alá, hogy az ülésen az anya és Karen kapcsolata valójában ridegnek tűnt, az anyából

hiányzott egy spontán készség a baba igényeinek kielégítésében, ezzel ellentétben viszont az apának meghitt, érzékeny reagálásai voltak.

A lehetséges kérdések fokozatosan fejleszthetők ki, mindig valamennyire módosítva az irányt a kapott válaszok alapján:

“Ki hozza be inkább az apa szülői kompetenciájának témáját, amikor veszekednek? Hogyan segít a vitában az, hogy az apa mindig egyetért azzal, hogy ő nem jó szülő? Kinek okozna nehézséget, ha kiderülne, hogy az apa nem is annyira rossz szülő? Hogyan mutatná ezt az anya? Hogyan tudná az apa meggyőzni az anyát, hogy ő valóban hibázik? Milyen rosszabb dolog történné köztük, ha az apa abbahagyná azt, hogy ilyen módon óvja meg a kapcsolatukat?”

Ezek a kérdések a klinikai anyag központi témája körül forognak, a házaspár közösen osztott hiedelemrendszerét célozzák meg, amelyben szoros, komplementer módon együttműködnek. Az ilyen kérdéssorozat szándékait a megfigyelt anyagból lehet kialakítani és úgy kell megfogalmazni, hogy az új információt jelentsen nekik. A feltárulól, alternatív perspektíva aláássa a meglévő hiedelemrendszert. Ez lényegesen különbözik a strukturális módszertől, amely a korábbi viselkedés blokkolásával hozza létre az új viselkedést. A stratégiás megközelítés valahol a kettő között van, itt gyakran írják elő azokat a viselkedési szekvenciákat, amelyeknek feltételezhetően szerepük lehet a nehézségek fenntartásában (és feltehetően “tudattalan” kapcsolatban állnak azokkal a hiedelmekkel, amelyeket a családtagok képzelnek nehézségeik természetéről meg arról, hogyan kellene azokon túljutni).

Megbeszélés

Fontos téma még a cél kérdése. Klinikai tapasztalat szerint a legtöbb család azt a ki nem mondott, de nagyon világos üzenetet hozza a terápiába: “Jobban csinálni a dolgokat, de nem veszélyeztetni az egyensúlyt. Ha az egyensúllyal baj lenne, akkor mindnyájunknak – többé vagy kevésbé – az ismeretlennel kell majd szembenéznie.” Az ismeretlennel való szembekerülés mindig krízist jelent, legyen az egy veszteség, vagy csupán annyi, hogy a 3 éves Sárika már nem akarja, hogy az anyja öltöztesse reggelenként. Ha a terapeuta elszánja magát, hogy provokálja ezt a krízist, akkor a terápia valóban egy “másfajta állapotot teremtő különbözőség” (Bateson 1979) létrehozására irányul

és a változás megindul. Ez a kezelő alapvető célja, akárhol is helyezkedik el a viselkedése a strukturális modell aktívan beavatkozó és a milánóiak neutrálisnak tűnő hozzáállása között. (A milánói iskola neutralitás-elvét egyébként nagyon gyakran félreértik, ld. *Cecchin* cikket e kötetben.) A neutrális hozzáállás, a felvállalás, bevonódás konstans elutasítása a terapeuta részéről, valószínűleg éppoly gyakran provokál kríziseket, mint a strukturálisok állandóan változó, taktikai bevonódásai. Ha a kezelő belátja és elfogadja, hogy a családdal való munkája – így vagy úgy – mindenképpen magában foglalja a krízis kiváltását is, és hogy ez a mozzanat valamennyi modellben megtalálható, bár nem mindig ugyanolyan nyíltan, kevésbé fog azzal törődni, hogy melyik a jó modell (*Jenkins* 1985).

Minden terápiás módszer, még az egyéni analitikus terápiák is tartalmazzák a krízist, akár a saját nézetekkel való szembesülésből, akár a saját identitásért való felelősségből ered is az. Bizonyos mértékű szorongás kialakulása nélkül semmifajta kezelésben nincs mód hatékony közbelépésre. Változás valószínűleg csak akkor jöhet létre, ha minden olyan lehetőség kizárt vagy akadályozott, amely fenntarthatná a status quo állapotát. Ebből az absztraktabb nézőpontból tekintve nyilvánvalóvá válik, hogy a kezelési mintákban több a hasonlóság, mint az eltérés.

Végezetül az eddigiekhez hozzátehetjük még, hogy a családok legtöbbször nem néznek idejében segítség után, és amikor megjelennek, már valamilyen, többé vagy kevésbé maladaptív megoldások kialakultak, rögzültek. A családok egy részénél csak minimális külső beavatkozásra van szükség, az elakadásuk enyhe mértékű, és a változással járó "felfordulást" elviselik. Bár kitérő, érdemes megjegyezni, hogy ezeknél a családi rendszer viszonylag rugalmas, a szerepek elosztása, váltása könnyebben megy, a személyek közötti kommunikáció szintje magas, az ellenségesség és az egymásba involválódás kismértékű.

Viszont a családok más részénél, mind viselkedési, mind pszichiatrai terminusokban, a tünetek sokkal súlyosabbak és régebb ideje fennállnak. Ezek közül sok család már megfordult professzionális helyeken, s már kezdettől fogva világos, hogy terápiás krízis provokálására van szükség a változás érdekében. Súlyosan veszélyeztető állapotok kivételével a szerző azt a nézetet vallja, hogy a terapeutának úgy kell szabályoznia a terápiás krízis mértékét, hogy az ne csak az ülések alatt tartson. Életveszély vagy veszélyeztető viselkedések kapcsán gyakran

látható, hogy a bevonódott segítők (személyek vagy szervezetek) is megbénítja ennek lehetősége – ekkor az a helyes, hogy (bármilyen módszerrel dolgozik is) a terapeutának már az első üléstől kezdve krízis kiváltásán kell fáradoznia, hogy mozgásra galvanizálja a rendszert. Ez felveti a kezelési folyamat ütemezésének kérdését és azt, hogy milyen tapasztalat és milyen segítő kapacitások állanak még a kezelő rendelkezésére. Mindez azonban már meghaladja ennek az írásnak a kereteit.

IRODALOM

- CARTER, E. (1980) *The Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy*. New York. Gardner Press.
- COMBRINK-GRAHAM, L. (1985) A developmental model for family systems. *Family Process* 24. 139-150.
- HALEY, J. (1973) *Uncommon Therapy*. New York. Norton.
- JENKINS, H. (1983) A life cycle framework in the treatment of underorganised families. *J. Family Therapy* 5. 359-377.
- JENKINS, H. (1985) Orthodoxy in Family Therapy practice as servant or tyrant *J. Family Therapy* 7. 19-30.
- WALSH, F. (1982) Conceptualizations of normal family functioning. In: Walsh, F. (ed.) *Normal Family Processes*. New York. Guilford Press. 3-42.
- MADANES, C. (1977) Dimensions of Family Therapy. *J. Nervous and Mental Disease* 165. 88-98.
- MINUCHIN, S. (1974) *Families and Family Therapy*. London. Tavistock.
- SOLOMON, M. A. (1973) A developmental conceptual premise for family therapy. *Family Process* 12. 179-188.

A családterápiát ajánló személy problémája

M. Selvini-Palazzoli, L. Boscolo, G. Cecchin és G. Prata

A családot a terápiába ajánló személy (a "küldő") a családterápia egyik fontos problémája, a kezelés sikerét potenciálisan veszélyeztető tényező. Ennek ellenére az irodalomban csak elvétve találkozunk a kérdéssel, akkor is inkább csak megemlítve, mint részletesen kifejtve.

Mi magunk is sokáig folytattuk úgy kutatásainkat, hogy erre a speciális problémára nem fordítottunk kellő figyelmet. Néhány esetben azonban megfigyeltük, hogy mennyire kulcsfontosságú lehet a küldő személy, és emiatt 1972 óta bevezettük, hogy *minden családi adatlap első kérdése: "Ki küldte a családot?"* A küldőt azonban továbbra is a hagyományoknak megfelelően kezeltük, vagyis úgy tekintettük, hogy velünk áll kapcsolatban, és számításán kívül hagytuk a családdal való kapcsolatát.

Néhány kudarc azonban arra készítetett bennünket, hogy alaposan nézzük végig ezeket az eseteket, s eközben rájöttünk egy lényegbevágó tévedésünkre: ezekben az esetekben gyakran az történt, hogy egy, a családi *homeosztázisba bevonódott* személyt – a küldőt – kihagytunk a családból, tehát nem a szisztémás modell alapján jártunk el. Sok esetben a küldő személye annyira fontossá válik, hogy fel kell tennünk a következő kérdéseket: Milyen a küldő jelenlegi helyzete a családban? Bevonódott-e annyira, hogy a terápia szempontjából fontossá vált? Említett, kudarcos eseteinkben az a figyelmen kívül hagyás, hogy nem vettük tekintetbe, mint "családtagot", és ezáltal az üléseken sem vett részt, azt eredményezte, hogy a *hiányzó személy hatalmával* rendelkezett.

A küldő személy problémája mindenféle családban előfordul, de a leggyakoribb és legzavaróbb azoknál a családoknál, ahol pszichotikus beteg van – különös tekintettel a skizofrénias kommunikációra. Megfigyeltük, hogy az ilyen családokban van valami specifikus, a kapcsos-

latokat jellemző vonás, amelyet Wynne és Singer, a skizofréniás családi kommunikációról írott klasszikus munkájukban (1963) úgy festettek le, mintha a családot valamilyen rugalmas kerítés venné körül, amely mindenkit, aki túl közel kerül a családhoz, bekebelez.

Az a személy, akit a család észrevétlenül behálózott, a *“bekebelezés” három fázisán* megy keresztül. A kapcsolat első szakaszában *hálás és elégedett* amiatt, hogy a család mint segítőjét üdvözölte. Azonban lépésről-lépésre, ahogyan a változást sürgető erőfeszítéseit figyelmen kívül hagyják, igyekezetétől eltekintenek, egyre inkább a *növekvő kényelmetlenség és zavar* érzése tölti el, amelyet kiegészíthet az a halvány sejtés, hogy csapdába esett. A kapcsolat harmadik fázisában azután az elkeseredés, meg a megoldásban való reménykedés miatt a családot *terápiába küldi*. Azért tudjuk ezeket a fázisokat ilyen pontosan leírni, mivel mi magunk is megtapasztaltuk ezeket – aki foglalkozik skizofrén tagot is magukban foglaló családokkal, biztosan alátámaszthatja megfigyeléseinket.

Ilyen előzmények utáni terápiába küldéskor a család reakciója a teljes engedelmesség. A küldő már fontos személlyé vált a családi homeosztázisban, ezért mindenáron meg kell tartani családtagnak. Ezért a kedvéért mindent megtesznek, legalábbis látszólag. Ha egy ilyen családot a kezelő arról faggat, mi motiválta őket a terápiára, gyakran a következő választ kapja: *“mi már minden mást kipróbáltunk, ezt is kipróbáljuk”*. Mi van igazában a válasz hátterében: *“ha az összes többi kudarcot vallott, ennek is az lesz a sorsa”*. A terápiába járásnak viszont megvan az az előnye, hogy utána ismét visszatérhetnek a küldő személyhez, nyugodt lelkiismerettel, bocsánatkérő mosollyal, és felveszik az elejtett *“idill”* fonalát, ott, ahol abbahagyták.

Ahogy már azt említettük, a küldő személy problémája sokféle családban előfordulhat, ha kevésbé körmönfontan és ritkábban is, mint a skizofréniások családjában. A lehetőséget minden esetben tekintetbe kell vegyük, és ennek megfelelően kell információinkat is összeszednünk.

Melyik küldő a leggyanúsabb?

Általában mindazok, akikben leginkább van hajlam arra, hogy a családi rendszer homeosztatikus tagjaivá váljanak. Ezek a leggyakrabban a) pszichiáterek, ideggyógyászok, gyermekgyógyászok, körzeti orvosok,

vagyis mindazok, akik évekig kezelnek egy-egy családtagot, és a végén barátságot kötnek velük; b) fiatal pszichiáterek és pszichológusok, az ún. "támogató" terapeuták, akik mélyen bevonódnak páciensük családjába. Rendszerint az anya az, akin keresztül ez megtörténik, vele hosszú telefonbeszélgetéseket folytatnak. A "kapcsolatot" jelentő családtagnak rendszerint speciális kérései is vannak irányukban, meghívások stb. Ilyen esetekben mindig a fiatal orvos keres meg bennünket személyesen, észrevehető szorongással és zavarban (s általában bejelentés nélkül), hogy elénk tárja az esetet.

Mikor gyanakodhatunk a család viselkedése alapján?

Saját eseteink megfigyeléséből és elemzéséből arra következtettünk, hogy ha a küldő személy a családban homeosztatisztikus pozíciót tölt be, akkor a család is bizonyos jellegzetes viselkedést mutat az üléseken.

A) a mosolygó család: általában jóhumorú, udvarias emberek, kiket a legkevésbé sem izgat jelenlegi szegényes kapcsolati rendszerük, és az *indepáciens* komoly problémája. Viselkedésükkel analóg üzenetük így hangzik: "Itt vagyunk, teljes egészében rendelkezésre állunk, na, most mihez kezdsz?" Ez a hozzáállás a derűs vidámsággal és általános segítőkészséggel rendelkező, gondtalan társasági emberekre emlékeztet. Az általuk nyújtott információ is ilyen általános, semmi kézzelfoghatót nem ad. Ez a fajta család már adaptálódott az *indepáciens*hez, az sokkal inkább a küldőnek okoz problémát, mint a családnak. Az ilyen család bárkit beolvaszt, aki a közelébe kerül.

Az egyik ilyen családnál a 10 éves kora óta hebefréniásnak címkézett lány volt az *indepáciens*. A család szoros barátságot épített ki a küldő pszichiáterrel, aki már évek óta élvezzi a család "vendégszeretétét".

B) a dühös család: a végletekig felingerelt családtagok egységfrontot alkotnak, s különösen "testnyelv" segítségével fejezik ki a terapeuta teljes kizárását, visszautasítását. Jó példa lehet erre az anorexiás pácienssel érkező egyik családunk első ülése.

Az alacsony iskolázottságú, de jó módú család vidékről érkezik, ahol a falusi körorvos ragaszkodott ahhoz, hogy terápiába menjenek. A család ebbe az orvos iránti tiszteletből egyezett bele, mert nagyon elkötelezettnek érezték magukat iránta. Videófelvételen az alábbiakat lehetett megfigyelni:

A család egy vonalban ül, mindannyian a terapeutát nézik, aki ültéből kicsit előredőlvé beszél hozzájuk, de nem sikerül pozitív reakciót kiváltania. A családi front érezhetően erősebbé válik. A kezelő közelebb csusszan a székével, előrehajol, arcára több érzelem ül ki, hangja empatikusabb. Erre a családtagok egymáshoz közelebb, az orvostól távolabb húzódnak, arcuk megmerevedik, majd áthatolhatatlan lesz. A megfigyelő csoport ismételten kihívja a kollégát az ülésről, tanácsokkal látják el. Bár követi ezeket, nem sikerül rést találni a családi falanxon. A további néhány ülés alatt az indexpáciens véstesen lefogyott. Anyja két híres, helyi kuruzslót is felkeresett, s tanácsait híven követte. (A kuruzslók azt mondták, hogy ha a lánya baját az irigység okozza, akkor szálkákat fog találni a tollpárnájában. Minden párnát felbontott, s mindegyikben talált is ilyesmit, kivéve a sajátját.) Az 5. ülésen a terapeuta közölte, hogy tehetetlen és félbehagyja a terápiát. Ebben a pillanatban látta először mosolyogni a családot.

C) a panaszzkodó család: az ilyen egybehangzóan arról panaszskodik, hogy mennyire kényelmetlen számukra az ülésekre eljőnni, milyen hosszú és drága az utazás, az időpont sem megfelelő, a kezelés drága, a beteg mennyire nem javul. Általában ez a fajta család sem követi az előírásokat, utasításokat. Sietnek, hogy minél előbb túl legyenek a kezelésen, és megszabaduljanak a terapeutától. Ezután visszasietnek a küldőhöz, közölve, hogy ez a kísérletük is kudarcot vallott.

Mit tehetünk?

Ahhoz, hogy a küldő személlyel kapcsolatos problémát megértsük és helyére tudjuk tenni, a kezelőnek megfelelő információ kell rendelkezésére álljon a küldő személyről. Akár telefonon, akár személyesen jelentkezett az, aki egy családot terápiába ajánl, próbáljunk meg minden, a családdal való kapcsolatáról szóló információt és viselkedési jelzést figyelembe venni.

Tapasztalatunk szerint magának a küldőnek a jelentkezése az esetek kisebb részében fordul elő. Sokkal gyakoribb, hogy egy családtag jelentkezik, a küldő személyre hivatkozva. Néha a helyzet azonnal egyértelművé válik, ha az illető azzal kezd: "dr. X. küldött minket, ő kezeli a lányunkat (fiúunkat stb.) évek óta, és azt mondta, nem csinálja tovább, ha nem megyünk családterápiába". Ilyen esetben egészen világos, hogy a terápia nem kezdődhet el addig, amíg ezt az informá-

ciót, minden jelentésével együtt nem gondoltuk át. A legtöbb esetben az a küldő, aki ilyen ultimátummal utasítja a családot terápiába, ritkán keres személyes kontaktust a klinikával. Ezzel egyben a terapeutának is feladja a kérdést, kapcsolatba lép-e vele vagy sem.

Leírjuk, mit teszünk a fenti esetekben. Két eset lehetséges:

1. A *“gyanús küldőt” meghívjuk a család üléseire.* Itt van egy fontos különbség! Nem a hozzánk segítségért forduló családterapeutáról van szó (akit ilyen esetben konzultációra hívunk meg, s aki így folytatni tudja a terápiát), hanem azokról az esetekről, ahol a küldő a korábban leírt kategóriákba sorolható. Az első ülést a család és a küldő közötti kapcsolatról szerezhető információknak szenteljük, valamint annak, hogy miért küldte őket. Ha az derül ki, hogy a kapcsolat hosszabb ideje fennáll vagy intenzív, akkor feltételezhetjük, hogy a küldő *“homeosztatisz családtag”*, azaz, a család jelenlegi, patológiás rendszerében fontos szerepet játszik. Ilyenkor az ülés végén kijelentjük, hogy csak akkor tudjuk a munkát folytatni, ha a küldő is részt vesz az üléseken, segítve, és átadva a családról szerzett ismereteit. Mindenféle olyan javaslatot visszautasítunk, amely a küldő fizikai jelenlétét helyettesítené (pl. magnófelvétel, levél stb). Ragaszkodunk ahhoz, hogy jöjjön, hozza a családról szóló ismereteit (és az ezzel összefüggő problémáit).

A következő ülésen, amelyen a család és a küldő is jelen van, túlnyomórészt az utóbbival foglalkozunk, kollégaként kezelve, akit azért hívtunk meg, hogy megossza velünk fontos ismereteit. Ezzel a megközelítéssel ki tudjuk deríteni, milyen mértékben vonódott be a családba, hogyan, milyen érzésekkel viseli, hogy a család megváltoztatására irányult erőfeszítései, tanácsai hiábavalóak voltak.

Az ülés kimenetele: semmiképpen nem kritizálva, hanem pozitívan értékelve a családdal folytatott munkáját, explicit módon kifejezzük kudarcát. Nagyon fontos, hogy szarkazmus vagy irónia nyomokban se forduljon elő, sokkal inkább azt kell kifejeznünk, mennyire megértjük, hogy frusztráltnak érzi magát. Az ülésen gondosan gyűjtjük a családi rendszer működésére vonatkozó adatokat, s ezeket ebben a pillanatban tálaljuk. Nyomatékosan kiemeljük, hogy minden változás ebben a családi struktúrában milyen veszélyekkel jár. Sosem szabad azt a hibát elkövetni, és ma már nem is követjük el, hogy akár tanácsolnánk, akár előírnánk a küldő és a család közötti kapcsolat felfüggesztését. A kapcsolatra utalva, a *“tünet előírásához”* hasonlóan, inkább

javasoljuk vagy ragaszkodunk ahhoz, hogy ez a kapcsolat, amely ennnyire fontossá vált a család kohéziójában és stabilitásában, folytatódjék.

Ezzel a munkával a családtaggá vált küldő pozíciójára nyíltan rá tudtunk mutatni. Ha jól irányítottuk, az ülés eredménye az lesz, hogy a család és a küldő közötti játszma befejeződik, és a küldő, mint probléma, megoldódik. Ekkor, és csak ekkor tudjuk a családdal a további terápiás munkát elkezdni.

2. *A gyanús küldőt nem hívjuk meg az ülésre.* Ilyenkor az első ülésen alaposan belekérdezzünk a család és a küldő kapcsolatába. Természetesen a megítélő, helytelenítő hangsúlyt gondosan el kell kerülni, sokkal inkább elfogadó, jóindulatú légkört alakítunk ki. Részletesen kikérdezzük a kapcsolat jellegét, tartamát, a találkozások, telefonok gyakoriságát, esetleges ajándékozást különféle alkalmakkor. Mindenekelőtt azt kell megtudnunk, kinek milyen kapcsolata van és volt a küldővel, kinek a legszorosabb, kinek a leggyengébb stb. Ezt a kikérdezést nem mindig a terápia elején folytatjuk. Előfordulhat, hogy akkorra marad, amikor először vesszük észre a családnál a fentebb leírt viselkedések valamelyikét. Ilyen esetekben gyakran arra jövünk rá, hogy a család bagatellizálta vagy visszatartotta a küldővel való kapcsolatára vonatkozó információkat.

Ha az információgyűjtést befejeztük, s úgy döntünk, hogy a küldőt továbbra sem hívjuk meg az ülésre, akkor ehelyett egy őt is magába foglaló intervenciót hajtunk végre. Ennek bemutatására egyik esetünk a legalkalmasabb.

A háromtagú család: anya, apa és a 15 éves Krisztina. Az anya hívta fel a klinikát, hogy Krisztinával baj van. Két éves korában lezajlott agyhártyagyulladás óta egy híres gyermekneurológus kezeli – dr. F. Az anya elmondta, hogy dr. F. azért küldi őket, mert a lány nehéz korban van: ellenkezik, jeleneteket rendez, és nem veszi be a felírt gyógyszereket. Ennek ellenére Krisztina jól tanul, és véleményünk szerint semmi jelét nem adta, hogy zavart lenne.

Az első ülés utáni megbeszélésen arra jutottunk, hogy az első megvizsgálandó kérdés a neurológussal való kapcsolat, aki az utóbbi 13 évben Krisztinát kezelte, és azután küldte a családot a mi klinikánkra, miután az nem volt hajlandó bevenni a rendelt antiepileptikumot.

A család és az ideggyógyász kapcsolatára irányuló kérdéseinkre válaszképpen megtudtuk, hogy vele az anyának van nagyon szoros

kapcsolata, gyakran találkoznak, az anya meg szokta ajándékozni. Az orvos, amellet, hogy kontrollálta az EEG-t, nyugtatókat írt fel, beleavatkozott a tanulási problémákba is, ezeket rendszerint az anyával, ritkábban az apával vitatta meg (az apa az ülésen erős nemtetszését nyilvánította ki a feleségével kapcsolatban, különösen a lányukkal való bánásmód tekintetében).

Amikor megpróbáltuk tisztázni, hogy a neurológus miért küldte hozzánk a családot, nagy ellenállásba ütköztünk, s ez felhívta a figyelmünket arra, hogy itt valami fontos van. Továbbra is kitartva a téma mellett, kiderült, hogy kb. 6 hónappal ezelőtt a család, amely addig magasan honorálta a neurológust, véletlenül rájött, hogy Krisztina számára igénybe veheti az ingyenes ellátást is a helyi idegklinikán. Az apa vitte el lányát egy vizsgálatra, és ment vissza a leletekért, majd otthon lelkesen újságolta, hogy mit mondott a Krisztinát vizsgáló kórházi szakorvos: a leletek normálisak, minden orvosságot fel lehet függeszteni.

Az anya, akit ez nem győzött meg, rögtön kért egy időpontot dr. F-től. Abban a pillanatban, amint beléptek a vizsgálóba, Krisztina kijelentette, hogy megvizsgálta egy orvos, és normálisnak találva mindent, nem kell gyógyszer szednie. "Attól a pillanattól kezdve" – sóhajtott az anya – "bár megpróbáltam megmagyarázni, hogy történt, dr. F. átnézett rajtam és csak a gyerekekkel foglalkozott. Azt mondta neki, hogy abbahagyhatja a gyógyszereket, ha akarja, de a nyári szünet után (ez júniusban volt) nem fogad minket többet. Majd azt mondta, hogy ennek a klinikának kell megvizsgálnia a családot, hogy kiderüljön, mitől ilyen elviselhetetlen Krisztina, és véleményyt mondania arról, hogy mit csináljunk. Erre várok, hogy utána felhívhasam dr. F-t."

Eddig a pillanatig a lányból a teljes érdektelenség áradt, bármiről is volt szó. Az óráját nézte, kurtán válaszolt, vagy csak annyit mondott, ha kérdeztünk valamit: "nem tudom".

Az ülés vége előtti megbeszélésen egyöntetűen úgy határoztunk, hogy semmilyen terápiát nem ajánlunk fel. A családnak nem volt motivációja a kezelésre, csak az anya vonszolta el őket, bevallottan azért, hogy találkozhasson a neurológussal. Ami az orvost illeti, nyilvánvalóan azért küldte őket, mert tehetetlennek, szakmailag megkérdőjelezve érezete magát, és belekeveredett a családi versengésbe. Végül egy paradox intervencióban egyeztünk meg, amely az anya és a neurológus kapcsolatát célozta meg s így hangzott:

Csoportunk teljes egészében egyetért azzal, hogy Krisztinának nem kell terápia, hiszen nem beteg. Mindent okkal csinál, akkor is, ha nem tudatos ebben. A viselkedésével megpróbálja fenntartani anyja

és dr. F. kapcsolatát. Krisztina azt tanulta meg az eddigi életében, hogy apja egyedül nem elegendő az anyja számára, hogy az anyjának szüksége van bizalmasra, támaszra, és tudja, hogy ezt dr. F-ben találta meg. De Krisztina valahogy attól is fél, ha ez a kapcsolat túl közelivé válik, mert ekkor az apja mellőzöttnek érzi magát. Ezért volt túl szemtelen dr. F-vel, és annyira bolondnak mutatta magát, hogy az ideküldte magukat. Ma azonban, amikor idejöttek, Krisztina újra aggódni kezdett. Ha önök valóban családterápiát kezdenének, akkor megvan annak a veszélye, hogy az anyja elveszti a drága dr. F-t. Ezért nem kooperál ma Krisztina, ezért nézi folyton az óráját, nem válaszol a kérdésekre – vagyis elbizonytalanít bennünket abban, hogy terápiába vegyük-e magukat vagy sem. (Krisztinához fordulva): Krisztina, tényleg nem csinálunk veletek terápiát. De neked tovább kell csinálnod azt, amit eddig csináltál, akkor is, ha elegend van belőle, ha már úgy döntenél, hogy nem akarsz tovább csinálni. Továbbra is viselkedj úgy, ahogy eddig, hogy anyád fenn-tarthassa kapcsolatát dr. F-fel, de a megfelelő egyensúlyban. Nem túl kevésbé, mert akkor anyád egyedül érzi magát és szenved, de nem is viheted túlzásba, mert akkor apád érzi egyedül magát."

Más esetekben, ahol a családi kapcsolatok nagyon diszfunkcionálisak, mint pl. a skizofrén családdal rendelkező családok esetében, a küldő problémájával rendszerszemléletű intervenciók bevetésével foglalkozunk, vagyis a közös családi játszmat pozitívan értékeljük, ugyanakkor rejtett módon bevonjuk a küldőt is, paradox utasítással bátorítást adunk, előírva a kapcsolat folytatását.

Következtetések

A rendszerszemléletű modell lehetővé teszi a terapeuta számára, hogy megfelelő eszközökkel meghatározza és megoldja a küldő személy problémáját. A rendszerszemléletű modell, minthogy a lineáris, ok-okozati modellhez viszonyítva magasabb logikai szintű, lehetővé teszi a terapeuta számára, hogy önmagát meta-szinten tartsa a családhoz és a küldőhöz képest. S ami úgyszintén fontosnak tűnik: a rendszerszemléletű modell megengedi a küldővel való szakítás nélküli megoldást is, különösen, ha a szakmai helyzet kényes.

Nyilvánvaló, hogy feltett kérdéseinkre a korrekt válasz az elmúlt 10 évnyi családterápiás anyag teljes feldolgozását kívánja. Sajnos, ez lehetetlen, minthogy sokáig nem vettük figyelembe ezt a problémát, s így a szükséges információk teljesen vagy részlegesen elvesztek. Mos-

tantól rendszeresen gyűjtjük az erre vonatkozó adatokat. Mindenesetre hasznosnak ítéltük megfigyeléseink közlését, minthogy a probléma fontosságára utalnak.

Családterápiás kifejezések fordítása

abused child	“megvert gyerek” szindróma
alliance	szövetség
belief	hiedelem
beliefs-system	hiedelemrendszer (ami a szabályok alapjául szolgál)
circular	rendszerszemléletű
circularity	rendszerszemlélet (az interjúkészítés egyik vezérelve)
coalition	koalíció (egy harmadik ellen)
conflict detouring process	konfliktuskerülő folyamat
connotation, positive	pozitív átnevezés
conceptual posture	(elvi) hozzáállás
construct theory (Kelly)	konstrukciós (értelmezési) elmélet
disengagement	visszavonulás, elkerülés
enmeshment	bevonódás, összeolvadás
extended family	nukleáris család + élő hozzátartozók (nagyszülők+szülők+gyermek)
feed-forward	előreccsatolás, jövőre irányultság
foster family	fogadott gyermeket nevelő család
future mapping	jövőtervezés
future question	jövőre irányuló kérdés
go-between	a “közvetítő”
guideline	vezérelv
hypothesizing	hipotézis-készítés (az interjúkészítés egyik vezérelve)
index-patient	a család “beteg” tagja
interactive	kölcsönösen egymásra ható
intervention	(a terapeuta) beavatkozása
interventive	(aktívan) beavatkozó
linear causality	ok-okozati viszony, egyirányú okság
linearity	egyirányú oksági szemlélet
neutrality	semlegesség (aktív várakozás – az inter- júkészítés egyik vezérelve)
nuclear family	apa + anya + gyermek
pattern	(a konkrét viselkedés szekvenciáiból összeálló “absztrakt”) mintázat

posture	hozzaállás
premise	a ter. feltevése (a viselkedést szervező hiedelemről) = premissza
referred person	a terápiába küldött családtag
referring person	a terápiát javasló személy (a "küldő" vagy "megrendelő")
reflexive	kapcsolatteremtő, visszatükröző
reframing	átdefiniálás
restructuring	újrastrukturálás
reflexive loop	reflexív "kanyar", fordulat
rule	a család működését szervező szabály
schism family	szakadár család (állandó vita, harc)
sculpting	szoboralakítás
sequence	(főleg az interaktív, komplex) viselkedésben lévő sorrend
skew family	látszatharmónia szkizofrén családban
spokesman	a család "szóvivője"
step-family	család egy mostoha szülővel
strategizing	stratégia-készítés (az interjúkészítés egyik vezérelve)
strategic approach	stratégias családterápiás iskola (eredetileg a Mental Research Institute, Palo Alto szkizofrénia-kutatásából), a család viselkedési mintáit blokkoló módszer)
structural approach	strukturális családterápia (a Philadelphia Child Guidance Centerben deviáns fiatalok kezelési elveiből leszármazott), a családi struktúra változtatását hangsúlyozó módszer
systemic approach	milánói/szisztémás családterápia (elsősorban a család hiedelemrendszerének megváltoztatását célzó módszer)