



A biblioterápia klinikai alkalmazásáról

G. TÓTH Anita

*„Írni nem más, mint ajtót festeni egy áthatolhatatlan falra.
És az ajtót aztán kinyitni.”*

(Christian Bobin)¹

A klinikai alkalmazás területei

A *klinikai biblioterápia* hagyományosan pszichiátriai, addiktológiai alkalmazási kört idéz fel bennünk, pszichiátriai osztályokon fekvőbeteg-kezelésben részt vevők „nehéz” eseteivel. Ezzel ellentétben biblioterápia elvileg bármilyen kórházi osztályon vagy szakrendelés keretében (esetleg előjegyzési időpontra várakozva)² végezhető, ez alól legfeljebb csak a sürgősségi, traumatológiai, intenzív terápiás osztályok lehetnek kivételek, amelyek esetleg eszméletlenséget vagy olyan súlyos, fájdalmas funkciókárosodást, sérülést látnak el, ahol a beteg nem hozzáférhető, a szöveggel való találkozás eleve kizárt. Különösen kiemeltnek lehetnének biblioterápiás szempontból a krónikus ellátást jelentő mozgásszervi, neurológiai rehabilitációs, onkológiai osztályok³, művese-állomások, akár a szeparációt jelentő hosszú kórházi bennfevés, akár a gyakori kontrollt igénylő, monoton visszatérő kezelések miatt. Ha szomatikusan kiszolgáltatottá válunk, ez egész valónkra hat, annál inkább, minél váratlanabb és minél súlyosabb a baj; ez a kiszolgáltatottság felszínre hozhat olyan félelmeket, kérdéseket, fájdalmakat, sőt indulatokat is, amelyekkel küzdve,

birkózva a beteg szükségszerűen magányossá válik. A sokszor megfogalmazhatatlannak tűnő, a betegség tüneteit súlyosbítani is képes feszültségekre már az információs jellegű biblioterápia is kínálhat az adott élethelyzetből továbbsegítő válaszokat, a mélyebb kérdéseket feszegető, az egyéni szenvedés értelmének megtalálásához irodalmi szövegek világát, és ezzel nyelvet kínáló terápiás munka pedig attitűdváltáshoz, produktívabb, konstruktívabb megküzdési stratégiák megismerésén keresztül a nehézségek „átkeretezéséhez” vezethet.⁴

A klinikai alkalmazás reményteli területeinek nevezhetjük a szupervíziós csoportokat, a különösen megterhelő betegcsoportokkal (onkológia, gyermekgyógyászat, gyermek onkológia, hospice, pszichiátria, geriátria) foglalkozó egészségügyi dolgozók biblioterápiás csoportjait, nem utolsósorban pedig a szintén ezekhez az osztályokhoz kapcsolódó hozzátartozói csoportokat. A teljesség kedvéért itt kell megemlítenünk a szociális szférában dolgozók kiégés elleni csoportjait csakúgy, mint – az elméleti pszichológiai kurzusok dacára – a zömében még lefedetlen területet, amelyet az egészségügyi és szociális képzésben részt vevők „érzékenyítése”, empátiájuk

fejlesztése jelent, külön kiemelve az orvostanhallgatók pszichológiai felkészítését.⁵ Ezek a csoportok hazánkban jelenleg különböző megvalósulási fázisban, legtöbbször a gyakorlati lehetőségeket, kereteket, együttműködő intézményeket keresve – biztató, hogy lassanként találva is –, jól kidolgozott tervek-ként léteznek, az azonban, hogy égető szükség van rájuk, nem vitatható.

A biblioterápia értelmezésének termékeny irányai

A mai magyar valóságban klinikai biblioterápia pszichiátriai osztályokon, illetve intézményekben zajlik, nem eléggé elterjedten. Ahol a terápiás tervben helyet kap, ott elsősorban gyógyfoglalkoztató képzettségű egészségügyi dolgozók végzik, a kezelő személyzet által válogatott csoportban, az elsődleges terápiás cél a szociális és verbális készségek fejlesztése, a szabadidő hasznos eltöltésére való edukáció. A biblioterápiát a pszichiátria hagyományosan a szocioterápiák közé sorolta, amelyeket elsősorban a szocializált társadalmi kereteken belüli lét modellszerű tevékenységeiként értelmezték⁶: irodalom, színjátszás, mozgás (torna, tánc), zene, képzőművészet.⁷ Ezek közül jónéhány elindult a maga fejlődési, önállósodási útján, ahogyan a pszichiátriai kezelésben az autoriter gyógyszeres kezelések túlsúlya zsugorodni kezdett, és a személyiség erőforrásait, énejét, autonómiáját mozgósító terápiás módok teret nyertek. A biblioterápia ma egyre inkább sokféle ágat⁸ is tekintve művészet-pszichoterápia, amely leggyakrabban csoportterápiás keretek között folyik, és az egyre több kihívást kitűző célok alapján teljes joggal nyeri el eme létjogosultságát, amint ebben valamennyi művelője, illetve a több képzőhelyen folyó képzésben akár tanárként, akár hallgatóként részt vevő is megegyezik. A többféle elnevezésben tükröződő szemléletbeli – és a terápiás munkamód alapján jól indokolható – különbségek⁹ és felosztások közül azt a nagyon éles és durva, megétesztően jelentős módszertani különbségeket sejtető elhatárolást emelem ki, amelyre egyébként más művészetterápiás ágakban nincs példa, és a következőkben ezt járom körül a gyakorlatban folyó terápiás munka nézőpontjából kritikus szemmel: a fejlesztő és klinikai irányvonal elsősorban a képzésre nézve káros „hermetikus” különválasztását¹⁰. Természetesen többféle pragmatikus oka és haszna is van ennek, de tisztában kell lennünk azzal a folyamattal, ahogyan ez a merev elzárkózás hozzájárul a stigmatizációhoz – visszautalok az első mondatomra! –, és súlytalanítja

azt a hitünket, amelyet pedig biblioterapeutaként az irodalom tétjeként vallunk: lélek- és életfordító erejét, vagy kevésbé patetikusán, de szakszerűbbnek tűnően fogalmazva: alapvető, mással nem helyettesíthető mentálhigiénés funkcióját. Önként szűkítjük mozgásterünket, kompetenciakörünket, és megfutmodunk az elől, ami pedig minden lélektani és önismereti munkában másokat segítő terapeuta vállalása: a felelősségtől az iránt, aki rám bízta magát. Naiv az a hit, hogy a csoportjainkra betérő emberek jól különválaszthatóak, és a normatív krízisben (életkorfordulókkal, hozzátartozó halálával, munkahely elvesztésével, párkapcsolati nehézségekkel, stb.) vívódók lelki reakciói¹¹ és kérdései markánsan különbözzenek a nagyfokú szorongást, gyötrő értéktelenségérzést, az élet értelmetlenségét megélt páciensétől, sőt a valóság érzékelésétől lassan saját félelmei kivételére felé sodródó csoporttagunk sem fogja előre bejelenteni, hogy „tessék vigyázni, hamarosan pszichotikus leszek”. A terapeuta felkészültségéhez hozzátartozik, hogy fejlesztő önismereti csoportjaiban is úgy látja át ezekben a váratlan helyzetekben a dinamikát, hogy mind a már – bármilyen okból – sérülékeny, mind az adott szituációt érzékelő veszélyeztetett csoporttagok felé felelősségteljes védelmet közvetít. Ez igazolhatja és erősítheti meg azt a bizalmat, amelyet a csoport kezdetekor a tagok megelőlegeztek a vezetőnek, hiszen a csoport munkájába való bekapcsolódásukkor a vezetőt mint számukra hiteles szakembert legitimálták. Ezért lehetetlen kimenekülni a csoporthelyzetből, kompetenciakörünk határaitra hivatkozva, „szakemberét” kiáltva, megszakítva a csoportülést, esetleg a „furcsán” viselkedő csoporttagot negligálva, megnyilvánulásairól tudomást sem véve vagy épp rendre utasítva. A vezető viselkedése üzenet- és példaértékű¹², így egy nem adekvát reakció sokféle érzést kelthet: szorongást amiatt, hogy „ez velem is megtörténhet, és akkor ugyanígy nem számíthatok együttérzésre”, ebből fakadóan a saját fájdalom, a szenvedés bagatellizálását, ezek megnyilvánulásainak elfojtását. A következmény gyakran az, hogy az egymásnak adott visszajelzések tiszteletlenné válnak, a tagok már nem figyelnek egymásra, vagyis a csoport kultúrája és légköre, amelynek korrekciós, megtartó funkciója is van, devalválódik, feszültté válik. Így a vezető, aki a problémás csoporttagot igyekezett elszigetelni és a további csoportülésekről el is távolítani – úgymond a „többiek érdekében” – meglepődve tapasztalhatja, hogy nemcsak ő marad el, hanem lassan vagy gyorsan mások is elvesztik érdeklődésüket, elköteleződésüket; a csoport széthullhat. Ennek

megakadályozásában fontos lépés a vezető felelős odafordulása a krízist megélő tag felé csoportidőn kívül a csoporton történtek apropóján, a probléma természetétől, súlyosságától függően nyíltá kell tenni, hogy érdemes vagy szükséges pszichológus, pszichiáter segítségét kérni, ebben a vezető felajánlhatja közreműködését, amennyiben a csoporttag ezt igényli. Ha a problémákkal küzdő csoporttag a saját döntése vagy romló állapota miatt kimarad, a csoportban való lereagálás szavatolja a további csoportfolyamatnak a növekvő csoportkohézió felé történő alakulását, ebben kiemelkedő szerepű a vezető nyílt, az érzelmek verbalizálására bátorító kommunikációs stílusa, de személyeskedő indulatok helyett reflektív, önreflektív jelleggel. Így válhat egy váratlan, nehézségeket hozó szituáció a csoport szociális mikrokozmoszában¹³ olyan gyakran előforduló nehézségekkel való megküzdésben erőforrássá, amelyet a csoporton résztvevők nem vártak, így nem is készültek fel rá – kivéve a csoportvezetőt. Végezetül nem elhanyagolható lépés a feldolgozás útján, amelyet a vezető már egyedül, a csoport tudtán kívül tesz meg: szakmai igényességének mélységét jelzi, hogy legfőbb munkaeszközén, személyiségén keresztül átszűrve szembenéz azzal, benne milyen érzéseket, indulatokat keltett a taggal és ezen keresztül a csoporttal átélt krízis, és ha úgy látja, hogy eddigi értelmezési keretén túlmutat az a konfliktus, amelyet a helyzet számára jelent, szupervíziós segítséget kér. Ezek a problémák visznek előre a csoportvezetői és a saját önismereti fejlődésben is, mert nem az elképzeléseink szerint, „rendben” lezajló biblioterápiás csoportok teszik a vezetőt jó vezetővé, ezek legfeljebb gyakorlatának elején adnak biztató visszajelzéseket, később viszont már magabiztossá, rutinossá tehetik. A rutin pedig nemcsak autóvezetésben, hanem egy önismereti csoportban is veszélyessé válhat, hiszen lankad a figyelem, és nem tesszük meg az elővigyázatra utaló lépéseket, és nem fordítunk energiát a veszélyt rejtő helyzetekre való felkészülésre. Ha már a biblioterápia sok ellentmondást is rejtő elnevezéseiről volt korábban szó, hadd utaljak a 'terápia' szó kultúrtörténetileg is gazdag útjára, melyet a nyugati kultúrában megtett. Az eredeti görög szó alapja, a *therapon* 'szolgáló, kísérő' jelentésű.¹⁴ A biblioterápiás csoport vezetője nemcsak a művel való találkozást kíséri érzékeny visszatükrözéseivel, és segíti ezzel az olvasás élményének megfogalmazhatóvá, befogadhatóvá válását, hanem indokolt esetben verbális is tudatosítania kell a csoportban a zajló folyamatokat, a csoportdinamikát, és azokban is a jelenben érvényes, a saját

élethelyzetet is magában foglaló, építő értelmezés formálásában kell bátorítania a csoporttagokat – ez a legmélyebb értelemben vett kísérés a biblioterápiás önismereti csoportban.

A fentieket sokan megvalósítják a csoportjaikban anélkül, hogy utánagondolnának: a kommunikáció egyéni jellegzetességeivel, a csoportterápiával, -dinamikával, pszichés működéssel, pszichés zavarokkal kapcsolatos ismereteik sokkal inkább hozzájárultak a csoportvezetéssel kapcsolatos nehézségeik, félelmeik leküzdéséhez, mint az a visszatérő polémia, amely a biblioterápiás csoportra ajánlott olvasmányok körül zajlik, és a honi biblioterápia viszonylag csekély számú művelője között a legfőbb határvonalat húzza. Érdemes ezt a konkrétizáló kérdést tágabb értelmezési keretbe helyezni, és a gyakorlati munka szempontjából azt mondhatjuk, hogy ismét a csoportvezetői felkészültséghez kanyarodunk vissza, ahhoz, hogy az irodalomelméleti, irodalomtörténeti, irodalompszichológiai tudását hogyan állítja a csoportban kitűzött célok szolgálatába terapeutaként – a szó eredeti értelmében. Az olvasott irodalmi műveket tekintve tehát nem az a lényegi kérdés, hogy kanonizált szépirodalmi vagy kortárs műveket, verseket, novellákat, regényrészleteket vagy meséket olvasunk és olvassunk a biblioterápiás csoportokon, hanem az irodalom fogalmának viszonylagosságát önmagunkban is újra és újra tudatosítva arra figyelünk, hogy terápiás szempontból hogyan hathat az adott mű.

Ha a csoportvezető pontosan tudja, milyen terápiás cél érdekében választotta éppen azt a többértelműnek, mélyebben rétegzettnek érzett szöveget vagy szövegeket, felméri, hogy a mű az általa feltételezett intención kívül milyen más témákat hívhat elő, de a csoportfolyamatra ráhangolódva nem esik kétségbe, ha az említettekhez képest is más irányt vesz a beszélgetés; akkor egy tömegközlekedési jegy hátoldala, egy bulvárhír, egy reklámszlogen, egy kórházi zárójelentés vagy boncolási jegyzőkönyv sablonja irodalmi műként, szembesítő erejű, revelatív élményként telhet meg étellel. Hiába bízunk a választott mű vitathatatlan és kanonizált értékeiben, mint például *Petőfi Egy estém otthon* című költeményét olvasva, ha a csoporttagok előtt az a fájdalmas szakadék tántog, amelyet a versbeli idill és a saját családi helyzete között képtelen átlépni, és torkukra forrasztja a szót. A csoportvezetőnek – akár önismereti, akár klinikai csoportban – az a feladata, hogy segítsen „hidakat verni”: pozitív emlékeket mozgósítva, a személyes változtatási lehetőségek mérlegelésére biztat-

va az áldozat-szerep és a passzivitás helyett meghív attitűdváltásra, a problémák más szemszögből való megközelítésére, mindezt nem erőszakosan, hanem a mű egyéni olvasatát és az általa keltett érzések jogosságát és fontosságát kétségbe nem vonva, az értelemkeresés lehetséges voltát hangsúlyozva, lezárt kérdéseket, befejezett mondatokat újra megnyitva. „... *nem elképzelhetetlen olyan értelmezés, amely a terapeuta irányításával, a csoportdinamika ideális működésének következtében olyan hatású lehet, hogy a kiinduló szöveg minőségét messze meghaladja, és inkább tarthat igényt arra, hogy műalkotásnak nevezzék, mint a választott szöveg.*”¹⁵ Amint érzékelhetjük, az olvasott mű szépirodalmi értékei nem „spórolják meg” a vezetőnek azt a munkát, amelyet a mű személyes üzenetéhez való eljutásért végez, és nincs arról szó, hogy nehezebb kicsomagolni, befogadhatóvá tenni egy kortárs vagy eredetileg nem irodalmi szöveget, sőt az irodalomoktatás, a tankönyv, a veretes nyelv árcai megnehezíthetik a hozzáférést, emellett pedig feléledhetnek azok a szocializációs sebek, melyek a gyermekkorhoz, iskoláskorhoz, pubertáskorhoz kötődnek.

Kommunikációs stílusok, érzelmi reakciók

Melyek lehetnek azok a viselkedésben megjelenő pszichés reakciók, amelyeket nem hagyhat figyelmen kívül a csoportvezető, még ha észlelésük pillanatában nem is teszi szóvá, de a csoportfolyamat alakulásában számításba veszi? A következő felsorolás számos triviális elemet tartalmaz, de a csoportvezető részéről 6–12 ember rezdüléseinek tudatosítása, adekvát leereagálása koncentrált figyelmet igényel, amelyet ront az, ha a saját teendőit előzőleg nem gondolta át alaposan, és ezekben „elvész”. Elsőként a kommunikációs zavarjeleket említjük meg, melyek, ha összeszedetlen, kapkodó, ideges, a vezetőre is jellemzőek. Verbálisan a zavar megnyilvánulhat hibás szavakban vagy mondatszerkezetekben, befejezetlen mondatokban, dadogásban, hadarásban – külön említendő az ö-zés, amely tökéletesen alkalmas a figyelem kioltására –, felesleges ismétlésekben, elakadásokban, halk, érthetetlen beszédben. Sokkal inkább üzenet értékű azonban a non-verbális csatornákon keresztül érkező benyomás: a testtartás, a testhelyzet, a mimika, a szemkontaktus tartása, túltartása vagy kerülése, a térközsabályozás, az érintés. Mindezekkel szavak nélkül elmondjuk, hogyan viszonyulunk a csoporthoz vagy az egyénhez, és tudattalanul hangoljuk, kialakítjuk a légkört a csoport indulásakor, amelyet később

az interakciók, a közös élmények már erőteljesebben formálnak. Kezdeti merev vagy esetleg túl laza, nyegle tartásunk, szétvetett vagy összeszorított lábaink, a szemkontaktus kerülése vagy zavart elbámulásaink és sorolhatnánk még azokat a zavarjeleket, amelyek demonstrálják a vezető kezdeti szorongását, mind megalapozzák a csoport hangulatát, normáját, kultúráját. Ezért ajánlatos, ha képzése alatt vagy vezetői munkája kezdetén a terapeuta görcső alá veszi saját tudattalan kommunikációs stílusát akár tükörben, akár olyan segítővel, akinek visszajelzéseiben bízunk, és tudatosítja – sokszor kellemetlen szembesülések árán is –, milyen nemkívánatos üzenetet hordozhat mimikája, gesztusai. Így kialakíthatja azt a karakterének megfelelő, de már tudatosáá tett mozgási, viselkedési, társalgási stílust, amely nyitottságot, természetességet, határozottságot sugall, bizalomgerjesztő, és amely neki is önbizalmat ad. Nem egy idegen szerepről van tehát szó, hanem arról a tapasztalatról, hogy nemcsak a viselkedésem tükrözheti a lelkiállapotomat, hanem ez fordítva is igaz, látszólag lényegtelen részletekkel magamat is át tudom hangolni: ha mosolygok, hamarosan mosolyogni is lesz kedvem, ráadásul biztosan lesz, aki visszamosolyog. Nem maszkot öltünk egy langyos és egyenletes mosoly formájában, ami semmire sem rezdül meg, és mögé rejtőzünk, hanem már mielőtt kiülnének az arcunkra, az érzéseinket tükrözhető formájúvá alakítjuk, és verbálisan is ennek megfelelően nyilatkozunk. A vezető viselkedése így válhat kontrolláltan is hitelessé, ezáltal példaadóvá.

A továbbiakban a szorongás jeleinek viselkedésben való észlelésére, a hirtelen kitörő, heves érzelmekre, valamint ellenkezőjére, a csendre, ellenállásra, elzárkózásra térek rá. A szorongás jeleit leginkább csoporthelyzetben, a zaklatott, izgatott lelkiállapotban figyelhetjük meg, amelynek a legkülönbözőbb okai lehetnek: a csoporttag zavarban van, nehezen szólal meg nyilvános helyzetben, felkavarták a hallottak, de ezt szeretné eltitkolni, stb. Legfeltűnőbb a kipirult bőr, az izzadó tenyér, a verejtékezés – amely miatt legyezheti magát, megjegyezheti, hogy milyen meleg van –, a szájszárazság, emiatt az ajkak nedvesítése, dobolás az ujjakkal, a lábakkal. Az izgatottságnak ezen megnyilvánulásait érzékelni kell, anélkül, hogy azonnal szóvá tennénk, főként, mert nem statikus állapotról van szó, hanem fontos, hogy időbeli változása ne érje a vezetőt meglepetésként. Lehet, hogy néhány perc alatt megnyugszik a csoporttag, talán még hozzá is szól a beszélgetéshez. Ha nem, de mégis szeretnénk monitorozni, mi zajlik/zajlott benne, ak-

kor figyeljük, mikor válik hozzáférhetővé mimikája, gesztusai alapján, és szólítsuk meg. Ha nem sikerül a „sorait rendezni”, a növekvő feszültség kitörhet sírásban, más érzelmi kitörésben, felkiáltásban, illetve kifejezheti, hogy távozni szeretne, valamint szó nélkül ki is rohanhat a helyiségből. Ez az a perc, amelyre onnantól készülhetünk, hogy az első izgalmi jeleket megláttuk. A sírás, egyéb megnyilvánulás okára rákérdezünk, amennyiben nem szeretne róla beszélni, biztosítjuk róla, hogy ezt a későbbiekben, ha már higgadtabbnak érzi magát, megteheti, a csoport nyitott rá. Ezt követően nem könnyű úgy folytatni a beszélgetést, mintha mi sem történt volna, a csoport is megdöbben, megrendül egy ilyen reakció láttán, ha mégsem, az nagyobb bajt jelez: érdektelenséget, alacsony kohéziót, stb. Ne hagyjuk, hogy tanácsokat adjanak, értékelő megjegyzéseket tegyenek, inkább azokat a hozzászólásokat erősítsük meg, amelyek arról biztosítják a feldúlt tagot, hogy a csoport figyel rá és mellette áll. A távozni vágyó csoporttagnak adott válaszuk függ attól, hogy a csoport indulásakor milyen csoportszabályokban egyeztünk meg. Amennyiben arra kértük a tagokat, és ezt ők is elfogadták, hogy halaszthatatlan szükség esetén kivéve a csoportfolyamatot távozással ne szakítsák meg, erre emlékeztethetünk, ha szándékától nem téríthető el, rákérdezhetünk a problémájára, illetve arra, hogy mire lenne szüksége ahhoz, hogy megnyugodjon – egy kis folyadék vagy mozgás, felállás segíthet –, ha még így sem fogadja el, hogy a csoporttal egy térben maradjon, a csoportot kérjük állásfoglalásra, hiszen közösen hozott csoportszabályról van szó, amelynek a figyelmen kívül hagyása hat a csoport további működésére, precedens- és normateremtő értéke lehet. Nem arról van tehát szó, hogy a vezető mint egy rendész őrökdi a szabályok megtartása felett, és szankcionálja a kihágásokat, hanem arról, hogy az együtt elfogadott szabályok biztonságos mozgásteret adnak a közös munkához, ahhoz, hogy mindenki véleménye, jelenléte, reakciója egyformán fontos legyen. Amikor a vezető indokolt esetben – nem unos-untalan, házirend-felolvasáshoz hasonlóan – emlékeztet egy-egy szabályra, azért teszi, hogy az induló, zajló dinamikát transzparenssé tegye a csoport számára. A távozásról, amennyiben a csoport jóváhagyja, ha nem is azonnal, beszélni kell, milyen érzéseket keltett, a bejelentés nélküli távozásra viszont azonnal reagálnunk kell, persze nem úgy, hogy szaladunk a távozó után, hanem a maradék zavarodottságával foglalkozunk.

Az elzárkózó, csendbe burkolózó, soha hozzá nem

szóló csoporttagnak direkt kérdéseket ne tegyünk fel, de tekintetünkkel, testtartásunkkal érezzessük, hogy figyelmünk neki is szól. A csoport előbb-utóbb valamilyen módon reagál a csendjére, vagy tudomásul veszi és elfogadja, vagy a tagok temperamentumától függően provokatív jelleggel igyekeznek szóra bírni. Ha támadóvá válik ez a próbálkozás, és más tagok részéről nem történik ez meg, a „csendestárs” védelmében közbe kell avatkoznunk, elsősorban azzal, hogy a támadó felet kérdezzük, meg tudja-e fogalmazni, miért zavarja a hallgatás. Leggyakoribb tapasztalatunk, hogy a csendesebb tagok nyugodt, elfogadó légkörben hamarosan ritka, de értékes gondolatokkal gazdagítják a csoportot – de ha nem így történik, abban bízhatunk, hogy számukra hasznos és fontos a csoporton való részvétel, hiszen különben nem jönnének újra és újra.¹⁶ A csoportvezető nem láthat és hallhat minden megfogalmazódó gondolatot, és a csoporton elinduló belső munka sem ér véget a csoporton töltött idő lejártakor; élményeik később, napok, hetek vagy még hosszabb idő után is juttathatják a tagokat felismerésekhez; egy-egy nehézkesen haladó csoportra vonatkozóan ennek igazságából erőt is meríthetünk.

Valóságától elszakadó tag a csoportban

Nagy körültekintést igényel, ha az egyik csoporttag bizarr, meghökkentő asszociációival a kommunikációt előre nem várt irányba tereli, ennek az elviselését a csoport éppen aktuális terhelhetősége, az együtt töltött idő, a kohézió szabja meg. Az ilyen csoporttag éppen úgy válhat a csoport „színfoltjává”, és hathat inspirálóan, mint ahogyan lehetséges az elzárkózás is, és kezelhetik devianciáját elutasítóan. A vezető a tag csoportban tartására törekszik, nem erősíti azokat a tendenciákat, amelyek bizonyos tagokat negatív projekciós felületté tesznek, mintegy rájuk „gyűlnek” azok az indulatok, feszültségek, amelyekkel a csoport nem tud megküzdeni, és így, mivel kívülre helyezhetőek, nem is kényszerülnek saját „árnyék-ként” elismerni és átdolgozni. Ez az önismereti munkát gyakorlatilag ellehetetleníti, a csoport kommunikációja, légköre pedig a deviáns, a bűnbak „kitermelésével” ellenségessé, személyeskedővé válik, a csoport széteshet. Ugyanakkor viszont a csoportban tartás nem történhet mindenáron, hiszen ha az adott tag megnyilvánulásai összezavarják, megijeszítik a többieket, vagy ha a kapott visszajelzésektől ő is kényelmentlenül érzi magát, akkor ez is a csoport szét-hullását okozhatja. A tag kiemelése a korábbiakban

ismertetett módon segítő odafordulással, a csoporttal való tisztázással és lehetőleg szupervíziós feldolgozással történjen.

Különleges és szerencsére ritka, de rendkívül megterhelő helyzet, ha a realitástól elszakadó, pszichotikus, vagy indulatait nehezen uraló, súlyos személyiségzavarral küzdő csoporttagunk részéről impulzív, közvetlen veszélyeztető, önmagát vagy másokat fenyegető magatartást tapasztalunk, ezért útmutatóként érdemes néhány gyakorlati tennivalót tisztázni. Ebben az esetben már a verbális agresszivitás kifejezésekor a kommunikáció irányítását, amelyben pedig a csoportvezető inkább moderátori szerepet tölt be, határozott, de higgadt fellépéssel egyértelműen magunkhoz kell ragadnunk, rá kell kérdeznünk az indulatosság okára, amennyire lehetséges, teret kell adnunk arra, hogy a feszültség verbális csatornákon keresztül oldódjon, kimondhatóvá, ezáltal uralhatóvá váljon a csoporttag számára is. Így a későbbiekre is mintát, segítséget kap, hogyan tudja kezelhetővé tenni az alaktalanul gomolygó, őt is veszélyeztető indulatait. Ha a feszültség nem enyhül, hanem segízőnek szánt kérdéseinket a csoporttag provokációként éli meg, és viselkedésével maga is provokatív, indulatkeltésre törekszik, akkor nyugalomunkat beszédünkben és mozdulatainkban, gesztusainkban is megőrizve – ekkor nagy hasznát vehetjük a tudatos és nyílt kommunikációs stílusunknak – nyilvánvalóvá kell tennünk, hogy a csoportnorma az ilyen természetű megnyilatkozásokat nem engedi meg, ha ezt nem tudja elfogadni, bár nagyon sajnáljuk, de el kell hagynia a csoportot, mert a többieket zavarja. A minősítő, személyeskedő, vádló mondatokra ne reagáljunk, mi se mondjunk ilyeneket, a többi csoporttagot is kérjük meg ezek elkerülésére, ha ily módon avatkoznának közbe, akadályozzuk meg az indulatok eskalálódását. Az ajtó kinyitásával megerősíthetjük szándékunkat, és így kifelé is jelezhetjük – amennyiben nem egy zárt folyosón helyezkedik el a csoportszoba –, hogy váratlan helyzet adódott, figyelmet kérünk. A csoporttagok beavatkozására csak végső esetben kerüljön sor, a csoportvezetőnek a csoport lehető legteljesebb megkímélésére kell törekednie, melybe testi épségük is beletartozik. A helyzetben valamilyen résztvevő méltóságának a megőrzése fontos, a problémát okozóé is, és ez a csoportban zajló későbbi megbeszélésre is igaz, nemcsak a csoport történetének kimenetele, de a hosszabb távú következmények miatt is: egy konfliktussal kapcsolatos érzések megfogalmazása, a feszültségek őszinte és artikulált felszínre hozása, a másik, a többiek helyzetébe való

beleélés, a pszichés problémákkal való szembenézés, a pszichiátriai betegségekről való diskurzus a tagok attitűdjét alakíthatja, a stigmatizációt, a projekciót mérsékli, és segít szembenézni a befolyásolhatatlannak, irányíthatatlannak tűnő lelki tartalmakkal. Mindenkiben felmerül a kérdés: mi lesz, ha egyszer én is elvesztem a kontrollt, ha megőrülök, vagy valakivel a környezetemben, a családban történik ez? Kihangsúlyozva ezeket a félelmeket, közösen kell keresni a saját kereteket, amelyek között az ismeretlen miatti kétségbeesés feloldódhat, szemléletformáló, katartikus önismereti mélységekbe viheti a csoportot, így az időt érdemes erre nem sajnálni, és a tematikát, a tervezett művek sorát a váratlan krízist felhasználva megváltoztatni.¹⁷

Biblioterápia pszichiátriai osztályon – miben más?

Talán első hallásra meglepő, de könnyen belátható az a tény, hogy pszichiátriai osztályon vezetett biblioterápiás csoportban a fentiekhez hasonló váratlan szituációk még ritkábban adódnak, mint önismereti, például könyvtári csoportokban. Hiszen igaz ugyan, hogy a csoport valamennyi résztvevője valamilyen pszichés zavarral, problémával küzd, de állapotuk a kezelő személyzet által jól explorált, a bekövetkező változások, esetleges rosszabbodások nyomon követhetőek, így a csoporthelyzet megzavarása kivédhető. Melyek azok a jegyek, amelyek leginkább megkülönböztetik a klinikai biblioterápiás csoportot az önismeretitől? A legfontosabb mozzanatok: az előkészítés, a kiválasztás és a megbeszélés, követés.

„A csoportvezetőnek szabadon kell döntenie abban, hogy az adott beteget az adott csoportban jónak látja-e kezelni” – szögezi le Szőnyi Gábor.¹⁸ A beteg kezelőorvosával és – optimális esetben – a kezelő személyzettel: pszichológussal, foglalkoztatókkal, más terapeutákkal, a szociális munkással, ápolókkal történő egyeztetés indítja el a javallat mérlegelését. Fontos, hogy a terápiás team minél világosabb és részletesebb képet kapjon a biblioterápiáról és a csoporton folyó munkáról, azokról a készségekről, amelyek feltétlenül szükségesek a hatékony részvételhez, hiszen csak így lehetséges az egyéni terápiás tervbe illesztés, és később a változások monitorozásakor annak elemzése, hogy ez a csoportterápiás munkamód a javulást elősegítő tényezők között hogyan helyezhető el. A csoportba kerülő betegek számára a javallatot felállító orvos marad továbbra is a tekintélyszemély, akinek a „megnyerése” a csoport-

munka szempontjából kardinális jelentőségű, ezért a terapeutának a lehető legteljesebb információáramlásra kell törekednie. A gyakran tapasztalt „tessék csak elmenni csoportra, jó lesz az” típusú kijelölések gyakran nem adnak megfelelő felvilágosítást a betegnek a csoportról ahhoz, hogy valódi motivációja alakuljon ki, másrésztől a beteg, főként, ha kapcsolata kezelőorvosával régebbi keletű és összességében pozitív előjelű, nemcsak a deklarált kezelési elvekre, de tudattalanul az orvos viselkedésével, gesztusaival jelzett attitűdjére, érték- és elvárás-rendszerére is ráhangolódik, így a csoportterápiával, általában a nem gyógyszeres terápiával kapcsolatos hiedelmeire is. Ezt a pedagógiában használatos *rejtett tanterv* fogalmának analógiájaként *rejtett edukációnak* nevezem, hiszen a páciens – ha nem is tudatosan – különbséget tud tenni aközött, mit mond és amit gondol a számára kitüntetett helyzetben lévő tekintély, és ha az eltérő csatornákon közölt információk nem kongruensek, a beteg a non-verbálisan közvetített elvárásnak fog engedelmesskedni: nem jön el a csoportra, esetleg végig ellenáll, passzív lesz, vagy egyszerűen csak olyan rosszul fogja magát érezni, hogy kéri, ne kelljen többször megjelennie, így „igazodva” kezelőorvosa nézeteihez. Az adott osztály deklarált és tudattalan terápiás légköre tehát erősen hat a betegek azzal kapcsolatos vélekedéseire, mitől gyógyulnak és mitől biztosan nem. Az orvossal vagy pszichológussal szemben, aki leginkább ismeri és látja, kinek milyen „múlttal”, kórtörténettel kell küzdenie, és ilyenképpen többféle hatalom birtokosa, a biblioterapeuta jelentős hátrányból indul. Ezért annak a kapcsolatnak a megteremtése, amelyben a kompetenciahatárok egyértelmű lefektetésének és tiszteletben tartásának következményeként a biblioterápia helye nem vitatott a terápiás folyamatban – ennek a fajta kollegialitásnak a kivívása a legfontosabb feladata a klinikai területen dolgozó biblioterapeutának. Ahhoz, hogy ezt a viszonyt kezdeményezni tudja, pszichológiai, csoportdinamikai, csoportterápiás ismeretei adhatnak megfelelő önbizalmat, önismerete, munkájába vetett hite a kezdeti elzárkózással szemben békülékeny hangot, kellő határozottság mellett nyitott kommunikációt eredményez. Ehhez irodalmi ismeretei csak a szükséges, de messze nem elégséges alapot adhatják, mert akármilyen elmélyült irodalomelméleti, -történeti tudása is van, ez nélkülözhetetlen, de csak ugródeszka ahhoz, hogy meg tudja mutatni az irodalom belső szövegeket, például betegség-értelmezéseket, élettörténeteket formáló erejét, és ez már túlmutat a pszichiátriai osztályokon érvényes kereteken. Nem

elég narratológiai kategóriákban gondolkodni, érdemesebb ezeket narratív pszichológiai távlatokba emelni, mindehhez azonban el kell mélyedni a pszichés folyamatok tanulmányozásában, és nem elég a személyiség-lélektan freudi és jungi modelljeivel elméleti szinten tisztában lenni.

A klinikai biblioterápiát azért is övezi önbizalomhiányról tanúskodó félelem, mert egy erősen hierarchikus mikrotársadalomban azt feltételezzük, hogy a kezelést irányító személynek minden terápiás folyamatot kontrollálnia kell, emiatt hangsúlyos az egészségügyi területen végzett biblioterápiás tevékenységgel kapcsolatban, hogy csak orvos és/vagy pszichológus felügyelete mellett végezhető. Valójában a pszicho-, szocio- és művészetterápiákra építő terápiás rezsimekben a team és a páciens által közösen felállított terápiás célok mentén az egyéni terápiás terv összehangolása és követése folyik az orvos által, aki maga is felelős saját kompetenciáiért. Az előkészítésben aktív, a csoporton zajló folyamatokat, a visszajelzéseket, állapotváltozásokat követi, a csoportülések utáni megbeszéléseken, esetismertetéseken részt vesz, de magukon az üléseken nem avatkozik be, legfeljebb megfigyelőként van jelen, amennyiben megjelenik. A biblioterápiás csoporton a biblioterapeuta a szakember, aki a rendelkezésre álló eszközeivel minden lehetséges helyzetre felkészül, és mindazokat az interakciókat, megnyilatkozásokat, amelyeket tapasztal, a kezelő személyzettel megosztva a terápiás cél szolgálatába állítja.

Ez az optimális helyzet természetesen feltételezi a másik fél, a kezelőorvos, pszichológus, pszichoterapeuta kooperatív attitűdjét, szakmai alázatát, nyitottságát, de megvalósítása nem lehetetlen. Íme, egy valós életből vett példa: egy komplex terápiás szemléletű, pszichiátriai rehabilitációs osztályon az osztályvezető főorvos maga is irodalomkedvelő, az első irodalmi csoporttal kapcsolatban már jelzi, hogy szeretne jelen lenni. Minden részt vevő beteget ismer, többeket évek, évtizedek óta, élettörténetükről, családjuk történetéről fontos információkkal szolgál. A csoporthelyzetben megfigyelő, a bemutatkozó körben keresztnevet, nem beosztását vagy doktori címét említi, a csoportot követően a kórtörténetek fényében közösen értelmezik a biblioterapeutával a reakciókat, interakciókat. A csoport korábban nem ismerte a terapeutát, orvosára a beszélgetés közben rá sem néz, nyilvánvalóan érzékelik és megbíznak orvosuk döntésében, aki az adott helyzetben nem tartja fenn magának a szakember szerepét, hanem átengedi azt a terápiás folyamatban kompetensebb személynek. Lát-

hatjuk tehát, hogy önismereti és klinikai csoportban ugyanazzal a felkészültséggel rendelkezik a terapeuta, de másra kell koncentrálnia, az előkészítés során: a klinikai csoportban aktívan kezdeményeznie kell a kapcsolatot a kezelő személyezettel, hogy ne váljon munkája elszigeteltté, ami terápiás hatékonyságát nagymértékben rontja.

A kiválasztás szempontjai

A csoportterápia indikációit három szempontból vizsgáljuk: a páciens, a csoport és a terapeuta szemszögéből. Mindenekelőtt le kell szögezünk azt, hogy általános indikációk csak óvatosan fogalmazhatóak meg, többnyire azt mérlegeljük, hogy az adott beteg adott időpillanatban, adott témájú és összetételű csoportba bevonjuk-e vagy sem.¹⁹ *Yalom* rámutat, hogy a legtöbb terapeuta nem kiválaszt, hanem szűr, azokat a pácienseket, akik vélhetően nem tudnak részt venni majd a csoportmunkában, a többiekét aztán befogadja.²⁰ Persze az így létrejött csoportban még akkor is van bizonytalanság, hogyan fognak a tagok együtt dolgozni, ha ideális esetben a terapeuta valamennyit látta már csoporthelyzetben, hiszen a csoportfolyamat mindig több és más, mint a tagok összessége, másrésztől ugyanannak a tagnak a viselkedése is megváltozhat még a folyamat során is. A kiválasztás szempontjait tekintve meg kell különböztetnünk a pszichiátriai betegek ambuláns és fekvőbeteg osztályokon vezetett csoportjait, itt csak ez utóbbira fordítok figyelmet.

Nem elsősorban a betegség természete, tehát a diagnózis, hanem a beteg jelen állapota az, amely megszabja, hogy előzetesen hasznosnak ítéljük-e számára a csoportterápiákon való részvételt. Először tehát azt kell tisztáznunk, hogy el tudja-e viselni a csoportkezelést, szociális viselkedése alapján beilleszkedik-e a csoportba. Kizáró ok a valóságtól való súlyos fokú elszakadás és az esetleges veszélyeztető viselkedés, impulzivitás miatt az akut pszichotikus állapot, különös tekintettel a mániás, felhangolt és a beszűkült, gátolt, depresszív tünetcsoportra, amelyek lappangó, sokáig elrejtethető kifejlődésük miatt nehezen érzékelhetőek egy önismereti csoportban, bár statisztikailag az előfordulásuk, megjelenésük mégis reálisabb probléma. A szenvedésnyomás megítélése is egyedi elbírálás kérdése, ha nem kifejezett, a beteg nem válik érdekeltté a csoportfolyamatba való bekapcsolódásban, ha viszont túl nagy, akkor képtelen arra, hogy csoporttársaira figyeljen, így a győtrő krízishelyzet, az öngyilkossági gondolatok vagy erős önvádolás

mint sokszor a depressziós tünettann velejárája szintén mérlegelendőek a csoportmunkába történő bevonás során. Problematikus a munkába illeszteni azokat a betegeket, akik a többiekre alig figyelve sokat beszélnek, összefüggéseikben nem kapcsolódnak a csoporttémához, hanem mindig visszakanyarodnak a saját gondolatmenetükhöz, nem toleránsak mások véleményével, érzéseivel szemben, a többiekre minősítő megjegyzéseket tesznek, és ezzel a destruktív magatartásukkal, mely valószínűleg mindennapi életükben is kapcsolati zavarokat okoz, építően nem konfrontálhatóak.

Mi a helyzet az iskolázottsággal, az intelligenciával? A verbalizációs és empátiás készségek felőli megközelítés fontosabb, de a szélsőséges esetek azért elgondolkodtatóak, mint pl. a középsúlyos és a súlyos mentális retardáció, az előrehaladott szellemi hanyatlás elsősorban verbális csoportokban kizáró ok, ugyanakkor az enyhe kognitív zavar, az enyhe értelmi fogyatékoság körültekintő felkészülést és csoport-összeállítást igényel. Azonban még ezekben az esetekben is csinján kell bánnunk a „kizáró” jelzővel. Látunk hosszú távon működőképes csoportokat szellemileg hanyatló idősekkel, és ritmusérzékre, manuális képességek, szociális funkciók fejlesztésére alkalmas csoportokat enyhénél súlyosabb agyi károsodás esetén. A biblioterápiában természetesen legalább olyan fokú mentális képességekre van szükség, mely a feldolgozni kívánt szöveg befogadásához elegendő, ez magában foglal a szövegértés mellett absztrakciós és verbalizációs adottságokat is. Sajnos azonban tapasztalataink szerint bizonyos iskolázottság és IQ-pontszám mellett sem magától értetődő, hogy valaki egy másfél oldalas, anyanyelvén írt szövegnek megérti a tartalmát, ezért kiemelhetjük a biblioterápiás csoport jelentőségét a mentálhigiéné és a prevenció területén, de edukációs jellegét is, akár az olvasási készségek, akár ismeretanyag tekintetében, akár egyfajta vitakozási, érvelési kultúra kialakításában, fejlesztésében is. Kivételes esetekben egy túlnyomó többségben normál intelligenciájú, elfogadó attitűddel rendelkező csoport inspiráló lehet egy-egy enyhe fokban mentálisan retardált tag számára és fordítva, hiszen mintát nyújthatnak nemcsak a szövegfeldolgozást, hanem a problémakezelést, egymáshoz való viszonyulásukat tekintve is. Pozitív hatású is lehet egy csoportban egy-egy műveltebb, de facilitáló tag. Egyik csoportunkra már kezelése kezdetétől járt egy bipoláris zavar mániás fázisa miatt kezelt óvónő végzettségű, rendszeresen olvasó betegünk, aki motiváltan és nagyjából beilleszkedően viselkedett – a

csoporthoz is jól tolerálta beszédkészítettségét –, majd ahogyan haladt előre a kezelése, és hangulata kiegyensúlyozottabbá vált, kevesebbet beszélt és jobban figyelt, a csoportokon a többieket is megszólalásra bátorító hozzászólásai, joviális attitűdje, optimizmusa miatt értékes taggá vált, aki megkönnyítette az újonnan érkezők bekapcsolódását.

Csoport-összeállításkor tehát érdemes fontolóra venni, hogy az adott tag hogyan hat a csoport többi tagjára, vagyis az egyéni terápiába történő felvételtől eltérően nemcsak az döntő, hogy a páciens és a terapeuta, illetve a páciens és a módszer nagy valószínűséggel kompatibilis-e egymással, hanem az is lényeges, hogy a csoportból származó előnyökből és terhekből nagyjából egyformán tud-e részesedni mindenki. Ebből a szempontból több figyelmet szenteljünk annak a visszahúzódó, szorongó, önértékelési zavarokkal küzdő tagnak is, aki megfelelő csoportlégtér esetén azt élheti meg, hogy elfogadják, jelenlétét, véleményét értékelik, és a csoportfolyamatba bekapcsolódva önismereti felismerésekhez is eljut²¹, ha azonban a csoport nincs tekintettel a lassúságára, azt fenyegetően élheti meg, fokozott félelem, elidegenedés ébredhet benne. Természetesen nem az a cél, hogy a csoportba egyetlen nehéznek számító tag se kerüljön, de hangsúlyozandó, hogy a terapeuta saját határait is tekintettel kell lennie, vagyis képzettségétől, gyakorlottságától, teherbírásától, személyiségétől függ, hány „nehéz” tagot választ a csoportjába, a nehéz jelzőn itt olyan személyiség szerkezetet értve, amely a szociális beilleszkedést, a csoportnormákat nehezen viseli.

Kevés szó esik róla, de a terapeuta a rokonszenv és ellenszenv problematikájára is figyelnie kell. Mint már más témákkal kapcsolatban említettük, ebben az esetben is a terapeuta gyakorlottságán, önismeretén, szupervízióján múlik –, illetve azon, hogy egyedül vezet-e vagy ko-terapeutával, aki egyensúlyozni tudja a dinamikában keletkező interferenciákat –, hogy milyen kimenetele lehet az erős érzelmeknek, amelyek leggyakrabban indulatáttételi, viszont-indulatáttételi eredetűek. Bár mindkettő erős megterhelést jelenthet, mégis komoly önismereti hozadék lehet a helyzetnek a terapeuta számára, főként az ellenszenves taggal való munkának. Paradoxnak tűnik, de sokkal veszélyesebb, mert kényelmesebb azzal a taggal dolgozni, aki rendkívül rokonszenves, biztos pontot, támaszt jelent a terapeuta számára, akár cinkosává is válhat; reflektálatlanul és kirekesztő módon őt teheti meg csoportmérccének a többiek szemében. A további dinamikai hullámverések tárgyalása helyett

inkább azt hangsúlyozom, hogy ekkor is az a legfontosabb, hogy a vezető kimondja, tisztázza a maga számára az érzéseit, és koncentráljon az interakciók kiegyensúlyozottságára. Jellemzően egyébként a szimpátiára ritkán kérdez rá az a tag, aki kitérített helyzetűnek véli magát – akár valóságosan, aminek az éreztetéséig igazából nem tanácsos eljutni, akár sajátos személyiségéből adódóan –, de a vélt ellenszenvre gyakrabban. Ilyenkor nem a szabadkozás vagy a tagadás a helyzet tisztázásának a kulcsa, mert ezzel elvitatjuk az adott csoporttag érzéseinek a jogosságát, illetve őt magát lebecsülve bagatellizálunk egy olyan kínálkozó lehetőséget, amelyben korábbi meghatározó élményeken alapuló attitűd, életfelfogás nyilatkozik meg, és amely esetleg kapcsolatteremtési problémáinak a hátterében is állhat. Ezért a beszélgetésben inkább ezekre kérdezzünk rá: mikor szokta még úgy érezni, hogy a másik átnéz rajta, semmibe veszi. Mióta látja így a jelentős személyek viselkedését, miből vonja le a következtetéseit, stb.

A csoport előkészítéséről nyitott csoport esetében sem értelmetlen beszélni, bár ez azt jelenti, hogy minden csoportalkalom egy új csoportnak minősülhet, ha elég gyors a fluktuáció az osztályokon – márpedig általában sajnos elég gyors. Ebben az esetben is szükséges előzetesen minden résztvevővel beszélgetni a biblioterápiás csoportban folyó munkáról, ennek során lehetőséget adni, hogy a leendő tag is hangot adhasson félelmeinek, elképzeléseinek, elvárásainak, és együtt kialakíthassanak egy olyan képet, mely egy közös terápiás cél érdekében hatékonyá teheti az akár egyetlen alkalomra szorító csoportélményt. Természetesen egy zárt csoport esetében még nagyobb hangsúlyt kell fektetni a megelőző beszélgetésre, beszélgetésekre, sőt *Yalom* rámutat, hogy minél többször beszélget a terapeuta egyénileg a résztvevőkkel, annál kisebb a valószínűsége a túl korai lemorzsolódásnak.²² A bevezető elbeszélgetésre lehetőleg a kezelőorvos jelenlétében kerüljön sor, és így a terápiás célkitűzésekbe a csoportfolyamattól várható előnyök is bekerülhetnek. A betegek részéről a legáltalánosabban tapasztalható ellenvetés az volt, hogy „én nem szoktam olvasni”, „nem ismerem az irodalmat”. Ezekre válaszolva mondtuk el azt, amit még egyszer csoport kezdetén is leszögeztünk, hogy miről nem szól ez a csoport: nem irodalmi műelemzést végzünk, és nem műveltségi vetélkedőt tartunk, hanem a felolvasott mű által megszólított élményeinkről, emlékeinkről, gondolatainkról, érzéseinkről beszélgetünk. Ebben is rejlik komoly fenyegetés, hiszen feltárni magunkat, egyes szám első személyben

beszélni nagy kockázattal jár, amint a csoporttitokkal kapcsolatban erre még visszatérek.

A csoport bevezetőjében két dolgot kértünk: hallgassuk meg egymást, ne vágjanak egymás szavába, és ami a csoporton elhangzik, csoporttitoknak minősül, nem vesszük az ajtón kívülre, ha egymásról személyes információkat tudunk meg, nem vitatjuk meg csoporton kívül egymással, főleg nem olyanokkal, akik a csoporton nem vettek részt. Ezt a két mondatot csoportnormát közvetítő, csoportkultúrát megfogalmazó közlésnek tekintem, mely önmagában kívánatos és elérendő terápiás érték, és amelyek elsajátítása a mindennapi életben is hasznos. A csoport azonban nemcsak deklarált normákat tud magáévá tenni, hanem saját normákat is kialakít, ezek azonban általában verbálisan nem megragadhatóak. A megszólalások tekintetében általában jellemző, hogy minél nagyobb létszámú a csoport, annál kevésbé sikerül egymást meghallgatni, de nem nyíltan vágnak egymás szavába a tagok – bár ilyen is előfordulhat –, hanem „alcsoportok” alakulnak, ahol suttogva kommentálják a hozzászólást. Ezeknek a klikkeknek a felszámolása fontos, még ha nem azonnal történik is, és csak mikor a hozzászóló befejezte, szólítjuk meg a suttogókat, megosztanák-e a csoporttal is, ami közöttük elhangzott, vagy ha nem, miért nem. Ez a szembesítő gesztus a legnagyobb körültekintés mellett sem nélkülöz némi fegyelmző élt, amely, ha túl sokáig lovagolunk rajta, vagy ami végképp kerülendő, elkezdünk moralizálni, belefagyasztja a szót a résztvevőkbe. Ha nem veszünk róla tudomást, hátha elhal magától, ezzel mintegy engedélyt adunk rá, így azoknak a figyelme is elenyészik, akik nem foglalkoznának a klikkel, egy idő után pedig nem lesznek a negatív tapasztalat miatt – „úgysem figyel rám senki” – hozzászólások. A sokféle út közül, melyeket felvillantottam, ilyen helyzetben csak a visszaturkózó hozzáállás vezet eredményre, melyben a megzavart úgy érzi, lehetővé tették a számára, hogy képviselje magát, a suttogónak pedig nem feltétlenül kell megrótt kisiskolásként megszegyenülnie.

A másik gyakori jelenség a gondolatait megosztó tag személyére való reagálás a közlendőjéhez való kapcsolódás helyett; a másik bírálata a megszólalóban keletkezett érzések feltárása helyett.

Annak a tudatosítása, hogy milyen nehéz beszélgetni valamiről, anélkül, hogy panaszkodnánk, általánosságokba bocsátkoznánk, a másikon felül akarnánk kerekedni vagy egy harmadikat kibeszélnénk, majd egy ilyen kommunikációs légkör megteremtésére való törekvés – a kórházon kívüli mindennapokban is ritka, üdítő tünemény.

Kórházi osztályokon a tagok gyakran úgy érkeznek csoportra, hogy már közös történetük van, mely mostani vagy korábbi kezelésük alkalmával, esetleg „civil” életükben kezdődött, de jelenleg is folytatódik, bonyolódik. Ha a betegek között konfliktusok lappanganak, melyek a kezelő személyzet számára érzékelhetőek, de az érintettek nem tették számukra nyílttá, a feltáratlan helyzet megbéníthat minden közlést, illetve egy irányba terelhet. Egyik csoportunkon azt vettük észre, hogy az egyik nőbeteg virágnyelven üzeneteket küldött mások önzéséről, és arról, hogy „az emberek” nincsenek tekintettel egymásra, stb., a másik klikkhez tartozó fél pedig meg sem szólalt. Egy másik fél szájából elhangzott: „nem mondok semmit, mert nem akarom, hogy rajtam csámcsogjon az osztály”. A csoporttitok megsértésével kapcsolatos félelem tehát nem ritka, ha pedig egy faluból, településről érkezők is ülnek együtt, nemcsak az osztályos miliő, hanem a privát élet védelme miatt is megnyílvánul. Ezen leginkább az előkészítő beszélgetés során és a személyzettől szerzett információk segíthetnek, illetve az, ha több csoport tartására is van mód, így az egymást ismerő tagok „keveredhetnek”.

Zárszó

Segítséggül hívni az irodalmat, akár mindennapi olvasmányainkkal, akár biblioterápiás csoportban, nem kevesebbet jelent, mint áthatolhatatlannak érzett falakra ajtókat festeni, és aztán venni a bátorságot és másokat is arra biztatni, hogy lenyomjuk ezeknek az ajtóknak a kilincsét. Írásomban azt igyekeztem megmutatni, hogy az eltérő helyszíneken, sokszor nagyon sok különbséget mutató célcsoportoknak tartott csoportjainkban ugyanazokra a képességekre van szükségünk, és egy-egy csoport megszervezése, megvalósulása csak külsőségeiben más. Fejlesztő vagy klinikai biblioterápia – egyre megy, mindkettőnek olyan terapeutára van szüksége, aki megfogalmazza, kimondja és feldolgozza félelmeit, nehézségeit, önismeretében élményszerűen mélyülni, kudarcaiból tanulni akar.

Jegyzet

1. Idézi: MUSTÓ Péter: *Megszereted, ami a tiéd*. Budapest: Jézus Társasága Magyarországi Rendtartománya, 2014. 5. p.
2. A költészet csendje a váróban, Magyar Irodalomterápiás Társaság, www.irodalomterapia.hu/aktualitasok.php
3. Az Országos Onkológiai Intézetben működik biblioterápiás csoport Ruszthy Geraldine vezetésével.

4. Külföldi példákat és szakirodalmi adatokat idéz: PAPP-ZIPERNOVSZKY Orsolya: Irodalom-pszichoterápia a szomatikus gyógyításban. In: CSABAI M. – PINTÉR J. N.: Pszichológia a gyógyításban. Budapest: Oriold és Tsai, 2013. 267–271. p.
5. Jól kidolgozott és hatékony előrelépés: CSÖRSZ Ilona: Biblioterápiás alapú drámamódszer és projektív eljárás. In: CSABAI-PINTÉR, i. m. 281–308. p.
Jómagam 2005–2006-ban a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Magatartástudományi Intézetében *Irodalom orvostanhallgatóknak* címmel tartottam kurzust – szintén medikaként.
6. FÜREDI János – NÉMETH Attila (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina, 2015. 663. p.
Történeti háttérhez: NÉMETH László: A szocioterápia magyarországi helyzete. Megjelent szlovák nyelven a Szlovák Szocioterápia című folyóiratban (II. ročník, číslo 4 Vydáva ASP, ISSN 1338–7138, 2012. október)
7. A munkaterápia történetileg és hazánkban is gazdag hagyományára, jelenleg azonban nehezen körvonalazható problémáira nem térek ki.
8. BÉRES Judit: „Azért olvasok, hogy éljek”. Szöveg, olvasás és lélektani munka a biblioterápiában = Pannonhalmi Szemle, 2014. 2. sz. 59. p.
9. BÉRES, i. m. 59–60. p.
PAPP-ZIPERNOVSZKY a literatúra nemzetközi fogalmáról: i. m. 267. p.
Pszichiátriai osztályon vezetett csoportokkal az a tapasztalatom, hogy a biblioterápia elnevezés sokszor félrevezető, olykor első hallásra ijesztő, és hiába magyarázzuk el részletesen, mi is történik valójában, az idegenkedés nehezen feloldható. Ezen okok miatt személyes gyakorlatomban az irodalomterápia, irodalmi csoport elnevezést alkalmazom.
10. Kivétel ez alól a Pécsi Tudományegyetem KPVK (régi nevén: FEEK) biblioterapeuta képzése, ahol a klinikai biblioterápia csak alkalmazási területként kap megkülönböztetést.
11. Ezekre a sajátosságokra fordítja a figyelmét tanulmányában: BÉRES Judit – CSORBA-SIMON Eszter: Biblioterápia nőknek = Könyvtári Figyelő, 2015. 2. sz. 180. p.
12. G. TÓTH Anita: Az irodalomterápiás csoporthelyzet mint szintér = Studia Litteraria, 2014. 1–2. sz. 115–116. p.
13. YALOM, Irvin D.: A csoport-pszichoterápia elmélete és gyakorlata. 4. átdolg. kiad. Budapest: Animula, 2001. 43. p.
14. BÚZÁSI Miklós: Írások a zeneterápiáról, Jegyzetek, előadások. Pécs: PTE Művészeti Kar, 2003. 18. p.
15. JENEY Éva: Nyitott könyv, Irodalom, terápia, elmélet. Budapest: Balassi, 2012. 65. p.
16. Ellenkező tapasztalatairól számol be: BÉRES – CSORBA-SIMON: i. m. 184. Ebben az esetben a csoportmunka a hallgató, ellenálló tagok távozását követően mélyülhetett el.
17. Gazdag szöveggyűjtemények pszichiátriai zavarokról, illetve általában betegségekről és lelki vonatkozásairól: NÉMETH, Attila - MORETTI, Magdolna (szerk.): „ki szépen kimondja a rettenetet, azzal föl is oldja”. PSYrodalmi szöveggyűjtemény. Budapest: Medicina, 2006.
D. SZABÓ Mária (szerk.): Doktor úr, kérem. Magyar írók novellái a gyógyításról és a gyógyítókról. Budapest: Palatinus, 2003.
18. SZŐNYI, i. m. 139. p.
19. SZŐNYI Gábor: A csoport-pszichoterápia indikációi. In: NÉMETH László (szerk.): Szocioterápiás képzés. Elméleti képzéshez szöveggyűjtemény. Budapest: Magyar Művészet- és Szocioterápiás Közösségépítő Egyesület, 2003. 134. p.
20. YALOM, i. m. 182. p.
21. Szép példát láthatunk az oldódásra, beilleszkedésre Béres Judit babaváró csoportjában: Biblioterápia babaváróknak – egy tematikus csoport tervezése és megvalósítása = Könyvtári Figyelő, 2014. 1. sz. 59. p.
22. YALOM, i. m. 227. p.

Beérkezett: 2016. január 14.

Mi a szösz?

Mi a szösz? címmel módszertani kiadványt adott közre a Pest Megyei Könyvtár az NKA támogatásával. A könyvtárhasználati segédlet óvodás korú gyermekeknek való mesével és a szüleiknek, nagyszüleiknek összeállított könyvajánlóval szeretne kedvet csinálni a könyvtárlátogatáshoz és az olvasáshoz. A könyvtár azt tervezi, hogy minden korosztály számára készít ehhez hasonló ajánló füzetet, és az ajánlott olvasnivalók azonnal ki is kölcsönözhetőek a könyvtárból.