

Praxis: kapcsolathálózati szempontú terápiás gyakorlat és képzés

B. ERDŐS MÁRTA & MIHALDINECZ CSABA

Az ARISE-modell

A kapcsolathálózati szociális munka a praxis egy olyan új iránya, amely a szociális munka eredeti fókuszát (személy-a-környezetében) még inkább kiemeli és tudatosítja. E munkamódot követve, a szakember minden tevékenysége a kapcsolati hálózatra irányul: megismeri, mélyíti, szélesíti – vagy akár szanálja. A kapcsolati hálózatok érzelmi tartalma, a szerepek minősége, a kapcsolati egyensúly kérdése és a kommunikáció minősége a segítő tevékenység lényegi kérdéseit adják. (Udvari, 2011)

Az addikciók kezelésében igen korán megszületett az a felismerés, hogy itt nem csupán az egyes ember, hanem egy teljes kapcsolati rendszer progresszív megbetegedéséről van szó. (Kelemen, 1999) Ennek megfelelően az alkalmazott kezeléseket is ehhez a felismeréshez igazították. A terápiás közösségek (TC) világán (Kelemen & B. Erdős, 2004) túl az ambuláns modellekben is teret hódított ez a szemlélet, így például a szociális háló-terápiákban, vagy az ún. intervenciós konferenciák gyakorlatában. Ezekre a gyakorlati előzményekre épült Judith Landau-Stanton és munkatársai háromszintű ARISE-modellje (Garrett és mtsai., 1997), amely az 1990-es évek elejétől vált szélesebb körben ismertté. A módszer célja a kezelésre gyengén motivált szenvedélybetegek kezelésbe vonása. E rendszerszemléletű terápiás gyakorlat kiindulópontja, hogy természetesen nem csak a szenvedélybeteg befolyásolja a környezetét, hanem a környezet is hatással van a betegre. A munkacsoport által kifejlesztett intervenciós kontinuum végigjárása során ügyelnek arra, hogy minden egyes újabb szint a családi-baráti-kisközösségi erőforrások egyre fokozódó bevonását jelentse. A munka ott indul, ahol az érintettek tartanak, és a team tagjai minden történésre rugalmasan, felelősen reagálnak – ám mindig szem előtt tartva, hogy a terápiás munka, az intervenció nagyobb részét maguk az érintettek végezzék. Ebből a nézőpontból ez egy valóban erőssé, képessé tevő (empowerment és enablement) megközelítés, ahol a résztvevők személyisége, kapcsolati-kommunikációs készségei jelentős fejlődésen mennek keresztül. Felismerik saját belső erőforrásaikat, képessé válnak saját szükségleteik kifejezésére. A személyek megtanulnak bízni önmagukban, és annak a csoportnak az erejében is, melynek tagjai. (Lakatos, 2009)

Az ARISE-modellben az első fázis a telefonos vagy személyes tanácsadás: itt kulcsszerepe van a segítséget kérő érintett személynek, általában valamelyik családtagnak. A terapeuta feladata hogy képessé tegye őt a biztonságos,

szeretetteli, törődő, mégis következetes kommunikációra, amelynek eredményeképpen más érintettek is bevonódnak, elköteleződnek a szerfüggő személy kezelésre motiválásában. Az ARISE, eltérően más intervenciók módszerektől, általában nem épít előzetes próbákra és video-szimulációra. Lényegi eleme a spontaneitás. A felkészítés abból áll, hogy az érintetteket arra kéri, mondják el, miképpen érinti őket a személy szerhasználata, idézzék fel, hogyan hatottak rájuk a történetek, és tudassák vele, hogy készek támogatni, amennyiben vállalja a kezelést. Ugyanakkor a felkészítés lényeges része a függő várható reakcióinak előrevetítése, és a megfelelő stratégia kidolgozása. (Ki és miként hívja meg a személyt, és miért fontos akkor is találkozniuk, ha az illető az első alkalommal nem hajlandó eljönni?)

A második fázis az első találkozást követően a motiválás és a szerződéskötés fázisa. A cél általában valamilyen bentlakásos vagy ambuláns kezelés melletti elköteleződés elérése. Ha ezt eléri, az érintettek szeretetteljes, de konfrontatív hozzáállása támogatással fejlődik. Ha nem, akkor is folytatódnak az érintettek részéről a rendszeres találkozások. A résztvevők motivációja ilyenkor abból ered, hogy a terápiás segítség pozitívan hat az életükre. Ennek a szakasznak a szövetség erősítése, a stratégiák kialakítása, és a válsághelyzetek kezelése képességének fejlesztése a célja.

A harmadik szintre akkor lépnek, ha ez szükségessé válik, mert a szerhasználó a teljes érintetti kör bevonódása, elköteleződése ellenére sem hajlandó a változásra. Ilyenkor a klasszikus, Johnson-féle intervenciók technikát választják, ahol alapos felkészítést követően az érintettek átveszik az irányítást, és bár tájékoztatják a függő személyt a tervezett találkozásról, az meglepetésszerűen jön létre.

Ez a szint azonban előrevetítheti a jövőbeni veszteségeket is. Ha a személy belehal függőségébe, akkor egyáltalán nem mindegy, hogyan viselik ezt az érintettek. Milyen mintát ad át a családjának, és terheli-e feldolgozhatatlan gyász, bűntudat az érintetteket? Ebben a ritkább esetben – az ARISE 60-70%-ban hatásos módja a kezelésbe vonásnak és kezelésben tartásnak – a módszer abban segít, hogy az érintettek a lehető legjobban fel tudják dolgozni a szerfüggővel való kapcsolatuk történetét.

A tapasztalatok alapján az ARISE mint terápiás rendszer hatékony módja lehet azok motiválásának, akik erősen ambivalensek a kezeléssel kapcsolatban. Vizsgálatok szerint a kényszergyógykezelés sem hoz jobb eredményeket, ugyanakkor ott jóval nehezebb a hosszú távú elköteleződést kialakítani. A módszer költséghatékonysága – különösen, ha nem csak a kezelésre fordított összeget, hanem a közvetettebb megtakarításokat is figyelembe vesszük, mint pl. a folyamatos szerhasználattal összefüggő egészségügyi, büntetés-végrehajtási kiadások stb. – szintén erőteljes. (Garrett és mtsai., 1997)

A reflektív portré

A segítő foglalkozásra készülő egyetemi hallgatók képzőinek közös nagy kérdése, hogy miképpen készíthetik fel őket a hatékony és emberséges segítés tankönyvekből el nem sajátítható feltételeire: az empátiára, a hitelességre, és a kliens tiszteletére. Minél kevesebb élettapasztalattal és nyitottsággal rendelkezik valaki, annál könnyebben esik bele az olyan csapdába, mint például az áldozat hibáztatása. Ilyenkor a segítő és a kliens közötti határvonalat élesre, átjárhatatlanra alakítják. A segítő hiedelmei szerint bölcsen, fensőbbbségesen irányítja a saját életét, sőt, mások életét is, míg kliensei nélküle csak elveszett gyermekként botorkálnak a sötétben. Ebből a paternalista alapállásból viszont aligha következik pszichoszociális fejlődés – bármelyik fél számára.

A megértés kulcsa a jobb önismeret, önreflektivitás és az emberismeret, amely a mentalizációs készség függvénye. A mentalizációra egyfelől úgy válunk képessé, azaz úgy tudjuk megérteni a másikat és önmagunkat, ha az emberi tapasztalatokat, cselekvéseket autobiografikus hozzáállással közelítjük meg, és az élettörténetben horgonyozzuk le. A mentalizációs készség kialakulásában továbbá az érzelmi állapotok tükrözésének és a „mintha” jelleg jelölésének („mintha az érzélem, az élmény az enyém lenne, de tudjuk, hogy a Tied”) kulcsszerepe van. (Fonagy és mtsai., 2002)

E készségek fejlesztésének céljával, a kapcsolathálózati munka és az intervenció konferenciák modelljének alap gondolatait felhasználva került kidolgozásra az ún. „reflektív portré” gyakorlata, amely a kezdetektől¹ mostanáig új tapasztalatokkal bővült és gazdagodott. (B. Erdős & Mihaldinecz, 2012) A résztvevők többnyire segítő pályára készülő egyetemi hallgatók, vagy olyan segítő foglalkozásúak, akik nem szerhasználókat kezelnek, de munkájuk során találkozhatnak ilyen személyekkel, vagy családtagjaikkal. A tréning kezdetén egy erőteljes hívóképet kapnak kézhez. Az az első feladatuk, hogy alkossák meg a képen látható személy – többnyire fiatal szerhasználó – életrajzi leírását, úgy, mintha az illető közeli rokonuk, kisközösségük tagja volna (pl. gyermekük, unokájuk, testvérük, szomszédjuk, munkavállalójuk, volt tanítványuk stb.). Egyikük a legjobb barát/barátnő szerepébe kerül: ő személyesíti meg később a szerfüggő személyt. Egy másik résztvevő pedig a segítője lesz. A szerepek véletlenszerűen alakulnak, hiszen a szereplők maguk húznak a lefordított munkalapokból. A csere megengedett, de semmiképpen nem bátorítjuk; alaposan és hitelesen meg kell tudni indokolni. Már maga az indoklás is olyan elhárításokat, racionalizációkat tartalmazhat, amelyek később a csoportban reflektálásra érdemesek lehetnek.

¹ A módszer első változatát a „Reflektív szociális képzési rendszer a 21. században” című TÁMOP-5.4.4-09/2-C-2009-0008 pályázat keretei között dolgoztuk ki. (www.reflektiv.hu)

A gyakorlat első fázisában megbeszéljük a kialakuló történetet, ami jól tükrözi a résztvevők projekcióit, elhárításait, hiszen a történet természetesen *nem a fényképen látható személyről szól*, hanem arról, miképpen látják a tréning résztvevői a szerhasználó személyt. Ebben a fázisban a résztvevők gyakran rácsodálkoznak a hasonlóságokra, amelyek a csoportmunka sajátosságain túl a sztereotip gondolkodásból is fakadhatnak. Emellett azonban aktívan, gondolkodó módon, és rendszerint erős bevonódással állnak a feladathoz: hiszen a történet végső soron a sajátjuk.

A második fázisban a résztvevők felépülő szenvedélybetegekkel találkoznak, akik életük és józanodásuk történetéről beszélgetnek velük: ez segíti a sztereotip gondolkodástól való elszakadást, a mélyebb megismerést. Új belátások születnek, a téma közelebbé válik a tapasztalatlan „normi” résztvevők számára.

A harmadik fázisban aztán – a trénerek segítségével, akiknek közvetlen ismereteik vannak a szenvedélybetegekkel végzett segítői munkáról – egyfajta „intervenciós konferencia” zajlik. A „legjobb barát” kerül a szenvedélybeteg szerepébe, a többiek pedig saját szerepükből szólalnak meg. Így például egy csoport kitűnően modellálta a gyermekért viaskodó, vetélkedő családot, ahol a szenvedélybeteggé vált fiatal nő anyjával a nagynéni, a keresztanya és az apai nagymama, sőt parentifikálódott húga is erősen rivalizál, az elvált apa pedig a „jó fej” szerepét játszva szabadulna a szülői felelősségtől. Előtérbe került a csoporton a kapcsolati kontroll és a manipuláció problémája, amelyet az érintettek nem csupán racionális szinten, hanem valamelyest az adott szerepbe képzelve magukat, közelebbről érthettek meg.

A „segítő” szerepe talán a legnehezebb ebben a játékban, hiszen neki kell ezt a váratlan fordulatokban bővelkedő eseményt, beszélgetéssorozatot mederben tartani, strukturálni – ugyanakkor ő tanulhat a legtöbbet. Ebben természetesen segítségére vannak a trénerek is; de megegyezhetünk úgy is, hogy bármely szereplő jogosult „belső hangként” felerősíteni vagy hitelesebbé alakítani a mondanivalót. Ez különösen akkor hasznos, ha a csoportban jelen vannak nagyobb élettapasztalattal, vagy erősebb empátiás készséggel bíró résztvevők.

Ugyanakkor, ahogyan a valódi intervenciós konferenciákon, ebben a fázisban nem cél az elhangzottak „megvitatása”, hiszen (képzeletbeli, de pszichológiai síkon átélt, tehát hiteles) történetekről, élményekről, érzelmekről esik szó. Ha a feltételek lehetővé teszik, megfelelő terem és elegendő idő áll rendelkezésre, célszerű egy következő szakaszban a szerepeket felcserélni, mert így a reflektív fázis tovább mélyül.

Ezt követően minden szereplő elmondhatja, hogyan érezte magát a gyakorlat közben. Elsőként a „szenvedélybeteg”, azután a többiek osztják meg érzéseiket és gondolataikat. A beleélés mélysége változó, az érzelmeket erősen hárító csoportokban adódhatnak nehézségeink. A gyakorlat sikere egyértelműen attól függ, hogy az adott szereplő mennyire hitelesen képes képviselni saját szerepét.

Érzelmileg mélyen átélt reflexió: „Szíven ütött, amikor azt mondtad, nem vagy a testvérem többé!” A felismerés, ráismerés, belátás szintje, de inkább a kognitív síkján: „Milyen anya vagy Te, hogy a gyerekedet csak a kötelességnek tekinted?”, vagy „Szerinted ilyen egy tizennégy éves kamaszlány, akinek drogos a nővére?”

A sablonok és sztereotípiák megkérdőjelezésével, a különböző szerepekbe való behelyezkedéssel a résztvevők mentalizációs, önreflektív készsége javul, a sztereotípiáktól és a moralizálástól elszakadva lépéseket tesznek egy hitelesebb kommunikáció felé, amely minden segítség, de különösen a szenvedélybeteg-
segítés legfontosabb alapja.

Irodalom

- Fonagy, P., Gergely, Gy., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Garrett, J., Landau-Stanton, J., Stanton, D., Stellato-Kabat, J. & Stellato-Kabat, D. (1997). ARISE. A Method for Engaging Reluctant Alcohol and Drug-Dependent Individuals in Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 14 (3): 235-248.
- Kelemen, G. (1999). Alkoholizmus, szenvedélybetegség és erőszak a családban (pp. 169-189). In: Koltai, M. (szerk.). *Családoorientált gyógyítás az alapellátásban*. Pécs: POETK.
- Kelemen, G. & Erdos, M. B. (2004). *Craving for sobriety. A unique therapeutic community in Hungary*. Pécs: Faculty of Humanities, University of Pécs & The Leo Amici 2002 Foundation.
- Lakatos, K. (2009). *A képessé tétel folyamata*. Budapest: Közösségfejlesztők Egyesülete.
- Udvari, K. (2011). Kapcsolathálózati megközelítés a szociális munkában. *Esély* 22 (5): 100-117.