

## **A pszichodinamikus pszichoterápia helye a szkizofrén pszichózisok kezelésében**

**Tényi Tamás dr., Trixler Mátyás dr.**

**Pécsi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar,  
Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs.**

### **Bevezetés**

Ebben a fejezetben, amit a szkizofrén pszichózisok pszichodinamikus kezelésének szentelünk, történeti és a szűkebb tematikát érintő kurrens etiológiai vonatkozások rövid áttekintését nyújtjuk; majd miután igyekszünk minél konkrétabb támpontokat nyújtani a páciensekkel történő kapcsolat kialakításához és megértéséhez, végezetül rátérünk a kérdés legújabb fejleményeire is. A módosított pszichoanalitikus gyakorlat felhalmozta tudás nem csak az intenzív pszichoterápiát megkísérlő és végző pszichoterapeutának lehet hasznos, de fontos minden pszichiáter számára, még akkor is, ha a kezelés csupán vagy jórészt pszichofarmakológiai és szupportív pszichoterápiás szinten zajlik. Egyetlen klinikus sem tekinthet el azon felismerésektől - ha páciense pszichodinamikáját valamilyen szinten is rekonstruálni akarja - amiket a Federn ( 1952 ), Rosen ( 1953 ), Sullivan ( 1962 ), Frieda Fromm-Reichmann ( 1950 ), Searles ( 1965 ), Benedetti ( 1987 ) úttörő munkássága mentén kialakult pszichózis- pszichoterápiás vonulat felhalmozott és amely ismereteknek a kurrens gyakorlathoz való adaptációját Gabbard ( 1994 ), Fenton és McGlashan ( 2000), Fenton (2000), Bachmann, Resch és Mundt ( 2003 ) és Karon ( 2003 ) munkái alapján rekonstruálhatjuk . Ez a tudásanyag ha részleges, elemi vagy hígított formában is de integráns része és sok vonatkozásban pedig alapja a modern klinikai pszichiátriának (Arieti, 1974, Fenton, 2000, Fenton, McGlashan, 2000). Ez indokolja, hogy ebben a fejezetben részleteiben is igyekezzünk tárgyalni az intenzív, módosított pszichoanalitikus pszichózis pszichoterápiával kapcsolatos klasszikus és a későbbi fejlemények tükrében sok vonatkozásban átértékelt fejleményeket és ismereteket.

### **Történeti vonatkozások**

Minden dinamikus pszichiátriai visszatekintés természetesen a pszichoanalízis megalkotójára, Sigmund Freudra megy vissza. Míg 1904-ben Freud nem zárja ki a lehetőségét annak, hogy a pszichoanalitikus technika módosításával a pszichózisok kezelésére lehetőség nyíljon (Freud, 1904), addig a későbbiekben pesszimista nézeteket vallott a pszichoanalízis alkalmazásával kapcsolatosan pszichózisokban. Nézete szerint a nárcisztikus neurózisok (pszichózisok) esetében a libidó a testre szorul vissza, autoerotizmust és primer nárcizmust hoz létre; utóbbi miatt az ilyen beteg áttételre nem képes, ami minden pszichoanalitikus terápia kialakítását lehetetlenné teszi (Freud, 1924). Kezdetben a freudi pesszimista nézeteket követte Ábrahám is, akinek úttörő munkássága mániás-depressziós páciensekkel közismert, de a későbbiekben Ábrahám nézetei változtak, s lehetőséget látott arra, hogy schizophrén páciensek is áttételt fejlesszenek ki, s így pszichonaltikusan kezelhetők lehessenek (Abraham, 1913, 1916). A pszichózisok pszichoanalízisével kapcsolatos adatok megjelennek Jung és Ferenczi munkáiban is, míg a pszichoterápiás lehetőségekről rendszerezettebb formában egy másik korai tanítvány, Paul Federn ír. Federn tapasztalatai alapján schizophrén betegeket képesnek tartotta áttételre. Úgy találta, hogy a betegek Én-határai defektusosak, így az Ösztön-Én az Énen keresztül szabadon érintkezik a külvilággal. Úgy vélte a terápia feladata ellentétes a neurózisterápiákkal, azaz a cél, hogy ahol az Én van, ott az Ösztön-Énnek kell lennie. Ezt úgy gondolta el, hogy a nem - pszichotikus személyiségrészek erősítésével a cél a tudattalan elfojtása, az elfojtás erősítése. Ezt a célt a technika módosításával kívánta elérni. Ennek egyik része, hogy egy másik személy, egy anya-figura, integrálását tartotta szükségesnek, aki gondozta a beteget az ülések között, vigyázott rá, főként a negatív áttétel időszakában. Federn szerint a szabad asszociálás, a pozitív áttétel értelmezése kerüendő, mert az "áttételes pszichózishoz" vezet, s ugyanígy kerüendő az ellenállások klasszikus analitikus interpretációi is. Fontosnak tartotta az egészséges és a pszichotikus részek kapcsolatba hozását. Egy kezelési szakaszt ír le, ahol a pszichotikus tartalmak realitásként történő elfogadását engedélyezi, majd a realitás képviselővel, egy lassú, szisztematikus konfrontatív munkát javasol. Munkáját egy nővér - akit Federn analizált -, Gertrude Schwing segítette. Schwing tapasztalatait, 1954-ben egy könyvben összegezte, s úgy vélte a schizophrén egy olyan személy, akinek nem volt szerető anyja, s a pszichiátriai nővér dolga, hogy a kapcsolatban szeretetet pótoljon a betegnek. Úgy vélte, ez a bevezetés szükséges ahhoz, hogy a kezelés a Federn által alkalmazott formában elkezdődhessen. A szorosabban vett freudi iskolából Waelder (1925), Jacobson (1967) és Arlow és Brenner (1969) eredményeit említjük.

Elméleti és gyakorlati vonatkozások szempontjából is különálló iskolaként jelenik meg a pszichózis pszichoterápiás irodalomban a kleini iskola. Mint ismeretes Melanie Klein a korai fejlődés sajátosságaival foglalkozott, amely kutatásai jelentősekké váltak a pszichózisok pszichoterápiája vonatkozásában is (Klein, 1946). Klein szerint már születéskor az Én képes, hogy szorongásokat mobilizáljon, elhárításokat léptessen életbe, s tárgykapcsolatokat építsen ki. A szorongások, elhárítások, tárgykapcsolatok konfigurációját pozícióknak nevezte, s a személyiségfejlődésben két pozíciót határolt körül. Míg az első hat hónapban a paranoid - schizoid pozíció alakul ki, s a szorongás elsősorban persecutoros, az elhárítás a projekció, projektív identifikáció és a hasítás, addig a 6 és 36 hónap közötti szakaszt depresszív pozíciónak nevezte, ahol a szorongást a büntudat dominálja, s a tárgykapcsolatokat az

ambivalencia jellemzi. Klein, Rosenfeld és Segal a schizophrén pszichózisokat a paranoid-schizoid pozíció történet rögzülésként írták le. A kleini iskola terápiai alaptétele, hogy a standard technika alkalmas a pszichózisok pszichoanalízisére. Így Rosenfeld, Segal és Bion ragaszkodtak a kleini elmélethez, valamint a fekvő történet kezelés, a szabad asszociáció és a gyakori interpretáció alkalmazásához. Rosenfeld 1947-ben egy schizophrén páciens analíziséről számolt, be, akinek deperszonalizációs élményei voltak. A beteg nem élt át érzéseket, s úgy vélte, elvesztette önmagát. Rosenfeld úgy interpretált, hogy a beteg Selfjének részei lehasítódtak, s azokat az analitikusba vetítette. Ezzel párhuzamosan a betegnek olyan érzései voltak, hogy elveszik az analitikusban. Ez az áttételes konstelláció paranoid szorongásokat manifesztált, miszerint a beteget az analitikus magába olvasztja. Rosenfeld az "áttételes pszichózist" használva úgy értelmezte a beteg visszahúzódsát, hogy az védekezés a bekebelezéssel kapcsolatos félelmekkel szemben. Federnnel szemben Rosenfeld úgy találta, hogy az "áttételes pszichózis" nem kerülendő, s analizálható, interpretációkkal átdolgozható. Ő hangsúlyozta azt is, hogy a terápia során a pszichotikus Self-reprezentálás elkülönítése az "egészségesebb" Self-reprezentációktól jelentős, s a hasítás, a projekciók, a projektív identifikációk értelmezése ennek eszköze. Bár klasszikusan úgy szól a mondás, hogy a kleini analitikus úgy beszél mint egy örült, a kleini-elmélet modern revíziói szerint helyesebb úgy fogalmazni, hogy a kleini analitikus úgy beszél, ahogy az örült érez, de ahogy beszélni nem tud. Segal (1950) egy akut schizophrén analízise kapcsán arra figyelmeztet, hogy a legnagyobb szorongás árán is, de minden interpretálandó. Úgy látja, hogy a megerősítés révén kezdetben a pszichotikus beteg számára a terapeuta "jó tárgy" lesz, a kapcsolat "jó" lesz néhány hónapig, de ennek ára, hogy a hasítás intenzifikálásával szükségszerűen negatív áttétel alakul ki olyan időszakra, amely jóval hosszabb lesz a kezdeti pozitív áttételes kapcsolatnál. A freudi és a kleini pszichoanalízis ide kapcsolódó vonatkozásainak áttekintése után, még két nagy irányról szólnunk, amelyek hatásukban mint látni fogjuk a későbbiekben, különböző arányokban meghatározójává váltak a schizophrén pszichózisok intenzív pszichoterápiája modern gyakorlatának. A leegyszerűsítés előnyeit és hátrányait vállalva úgy fogalmazhatunk, hogy a két jelentős irányzat egyike a pszichózisba való belépést, a pszichotikus valóság megosztását hangsúlyozza, ennek úttörői Rosen és Sechehaye, a másik irány a realitás világában való maradást, az ép-Én részek támogatását emeli ki, mely irány Sullivan és Fromm-Reichmann munkássága mentén bontakozott ki.

John Rosen módszerét 1943-tól számolhatjuk. Rosen, Federn (1947) javaslatára azt "direkt pszichoanalízisnek" nevezte, miszerint míg az indirekt, hagyományos pszichoanalízis az énen keresztül létesít kapcsolatot a beteggel, Rosen módszere közvetlenül a tudattalant, illetve a "gyermekkor én-állapotait" (ego-state) célozza meg (Federn, 1947). Míg az "áttételes pszichózist" Federn kerülendőnek, a kleini iskola indirekten analizálandónak tartotta, Rosen azt a terápia lényegi részének és közvetlenül értelmezendőnek vélte. Nem az ellenállások és a különböző fázisokban fejlődő áttétel óvatos értelmezését adta, mint a kleini iskola, hanem egy élő és sokkoló nyelvezetben az "alapkönfliktust" értelmezte. Olyan értelmezések, hogy "meg akarja erőszakolni az anyját", vagy "maga velem akar aludni" gyakoriak voltak. 1943 és 1945 között a Brooklyn State Hospitalban és a New York State Psychiatric Instituteben dolgozott. Míg a kezdeti időszakban az ödipális értelmezésekre helyezte a hangsúlyt, a későbbiekben az "anyai szeretet perverzióját" is hangsúlyozta. Úgy vélte, hogy a beteg a terapeutát egy hatalmas, protektív személyként kell, hogy érzékelje, akinek időszakosan képesnek kell lenni,

hogyan elviselje az üldözött szerepét (Rosen, 1953). Volt, hogy 16 órát töltött egy beteggel, s Federnhez hasonlóan használta a segítők közreműködését is. A betegek az értelmezéseket emocionális zuhanóként kapták, s beszámolóik szerint akut schizofrén állapotok néhány hét alatt megoldódtak, ami után klasszikus pszichoanalízist folytatott. Úgy találta, hogy a pszichózis megosztása során a páciens jobban lesz attól, hogy nincs egyedül, s attól sem kell félni, hogy téveszmés torzulások lépnek életbe. 1956 és 1961 között megalakítja a Philadelphiában az Institute for Direct Analysis, ahol a páciens védelme és segítők által történt körülvétele megvalósulhatott. Rosen, Arieti (1974) szerint, mestere volt a pszichotikus valóságba történő direkt belépésnek. Kataton, autisztikus betegeket volt képes interpretációkkal megnyitni. Arieti (1974) szerint a betegek introjektálták őt, s valamilyen "hipnotikus állapotba" kerültek, az egész egy rituálé volt, ahol Rosen volt a sámán, a varázsló. A direkt módszer és a ritualisztikus atmoszféra képessé tette a beteget az introjekcióra. 1995-ben az Egyesült Államokban járva a nagy hírű Austen Riggs Center könyvtárában a fejezet első szerzőjének módja nyílt megtekinteni és meghallgatni a Rosen terápiákról készült eredeti még tekerceses magnófelvételeket és csak igazolható Arieti véleménye. Kérjük az olvasót, hogy ne vegye a fentieket valamilyen jólfésült leértékelésnek! Rosen figyelmeztetése, hogy tudattalan nyelvében a vágyak és ígéretek realitások, érthetővé teszik, hogy mikor egy nőbetegnek azt mondta "Magával töltöm az éjszakát", az se nem etikátlanság, se nem tudománytalan vásári mutatvány gyenge emberekkel, hanem a modern narratív, hermeneutikus pszichoterápiák egy jelentős korai állomása. Később az anya-gyerek kapcsolatnak egyre nagyobb szerepet juttatott, az áttételt úgy fogta fel, hogy az az anya-kép projekciója, valamint az anya-gyerek kapcsolatnak tulajdonította a legnagyobb szerepet a Felettes-Én kialakulásában is. A kleini iskolával szemben a gyermek fantázia világának nem tulajdonított szerepet, s a pszichózisokat az elégtelen gondoskodás következményének látta. Rosennél tanult az irányzatra később jelentős hatást kifejtő svájci Gaetano Benedetti is, aki aztán 1947-ben Manfred Bleuler igazgatósága alatt lesz a Burghozli fiatal klinikusa, két évvel azelőtt hogy a később szintén nagy hírű H.F. Searles Chesnut Lodge munkatársa lesz (Koehler, 2003).

A pszichotikus valóság megosztásának mások úttörője a svájci pszichológus, Marguerite Sechehaye, aki módszerét "szimbolikus realizációnak" nevezte. Ő nem interpretált, hanem megosztott a pszichózisban. Módszerében egy olyan interperszonális kapcsolat kialakítására törekedett, amelyben a beteg újraélheti korai traumáit, s ahol a terapeuta gratifikációi révén korrekcióra nyílik lehetőség. Tőle származik a legrészletesebben dokumentált pszichózis pszichoterápiás esetleírás, Renée esete, amely esetleírást a beteg felépülése után írt, visszatekintése is kiegészíti. Sechehaye "együttélt" Renéevel, mindennap számos órát töltött vele. A "szimbolikus realizálás" során a terapeuta, miután megismerte azt, belépett a beteg szimbolikus rendszerébe, újra és újra alkalmazva azt, a kommunikáció kiépítését valósíthatja meg. Így volt hogy Sechehaye egy almat adott Renéenek újra és újra, amely az anyamellet szimbolizálta a beteg számára, s ezen mágikus gratifikáció révén a korai orális trauma újraélhető és korrigálható volt.

Rosennel és Sechehayeel szemben Sullivan és Fromm-Reichmann nem a pszichózis megosztásával, hanem inkább a realitásban maradván próbálta elérni a beteget. Harry Stack Sullivan aki a klinikai kutatás igazgatója volt a Egyesült Államokbeli Sheppard and Enoch

Pratt Hospitalban, nemcsak a schizophrénia terápiának, de a modern interperszonális pszichiátriának is nagy alakja. Az osztályos körülményeket fontosnak tartotta, elsősorban az első 24 órát, arra bízta munkatársait, hogy minél többet legyenek együtt a betegekkel. Hangsúlyozta a pszichózis kronológiájának a felállítását. Úgy vélte a preadoleszcencia időszaka igen fontos, ekkor a gyerekeknek szüksége van a kortárs csoportokban való adekvát szerepviselkedésre és hatékony önérvényesítésre, ellenkező esetben schizophrén vagy homoszexuális fejlődés fenyeget. Úgy látta, hogy a terapeuta és a páciens azonos neműnek kell lenni, különben ezen identitás-problematika nem nyerhet átdolgozást, hiába alakul is ki könnyebben és látványosabban pozitív kapcsolat a különböző nemű terapeuta és beteg között. Frieda Fromm-Reichmann Sullivannal dolgozott. ő terápiáját "pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiának" hívta, s sokban elszakadt a klasszikus freudi analízistől. Bár könyvet adott ki az intenzív pszichoterápiáról, majd kisebb írásait Bullard szerkesztette kötetbe (Fromm-Reichmann, 1950, Bullard, 1959), közelítése nem állt össze rendszerré. Úgy vélte a schizophrén regresszió részleges, így áttétel létesíthető. Hangsúlyozta, hogy a betegnek nehéz bíznia bárkiben is, s ha csalódás éri, azt a trauma ismétléseként éli át, amely dühöt és hosztilitást eredményez. Nem használta a szabad asszociációt, mivel úgy vélte az fokozza a beteg konfúzióját, s nem kezelt fekvő betegeket. Kevesebbet interpretált mint a freudi iskola, s hangsúlyozta a részleges interpretációk fontosságát, amelyek a folyamatok csak egy aspektusát, vagy csak bizonyos szintű mélységét, esetleg érvényességét érintik. A schizophrén páciens magányosnak látta, aki szenved ettől, s visszahúzódásában semmi örömet nem látott. Fontosnak tartotta egy bizalomteli légkör kialakítását, ahol kedvesség, megértés és tolerancia a legfontosabb paraméterek. Fromm-Reichmann szerint a beteg egy én-része mindig "felnőtt" marad, erre alapozott, ezzel kívánt kapcsolatot találni. Ez az Én-rész detektálhatja, hogy a személyiség egy másik része retteg a közelségtől, nem bírja a szeparációt, s kiszámíthatatlan. Fromm-Reichmann tolerált és regisztrált mindent ami mélyen pszichotikus, értette azt, de az egészséges Én-részre interpretált, azzal szövetkezett, attól búcsúzott. Sokakat inspirált, a legjelentősebbek ezek közül Ottó Will, Harold F.Searles és Silvano Arieti voltak. Szintézist jelent Benedetti, aki Rosennel tanult, azonban sokat átvett Fromm-Reichmann szemléletéből.

A történeti résznél említendő, hogy a szkizofrénia kialakulására vonatkozóan a tradicionális pszichoanalitikus alapokon nyugvó dinamikus pszichiátriában két elméletet körvonalaztak (Grotstein, 1977). Az egyik elmélet szerint a schizophrénia regresszió eredménye, amely regresszió a realitással való konfliktus miatt jön létre. Ezen elmélet szerint a személyiséget a mahleri szeparáció - individualizáció szakaszában olyan trauma éri, amely fixációs pontként szerepel, s a regresszió erre a pontra történik. A másik elmélet szerint a preszkizofrén Én-szerkezetben különböző okok folytán strukturális hibák keletkeznek, amit Én-defektusnak neveznek, s konfliktusok esetén az Én-defektus miatt nem tud az Én a környezethez adaptálódni, az Én az Ösztön-Énnel összeolvad, a személyiség széttöredezik. Ezen elmélet szerint a strukturális hibák vagy genetikai okokra vezethetők vissza, azaz valamely genetikai ok folytán nem képes az egyén konfliktusmentes Én-szerkezet létrehozására, vagy pedig személyiségfejlődése során a környezet nem segíti ehhez hozzá. Bár ahogy majd a következő részben látni fogjuk az Én-defektus elmélet ebben a klasszikus grotsteini formájában - elsősorban annak tárgykapcsolat-elméleti összefüggései kapcsán - már nem szerepel a korszerű pszichodinamikus szakirodalomban, Heinz Hartmann Én-

pszichológiai munkásságához visszanyúló, alaptézisében alapvetően korszerű teória. Csak történeti érdekességként villantjuk itt fel, hogy az 1980-as Comprehensive Textbook of Psychiatry egy fejezetében Austen Riggs igazgatója Otto Will még azt javasolta, hogy a pszichoterapeuták gondolkodásukban ne helyezzenek hangsúlyt a schizophréniák esetleges genetikai meghatározottságára, mert az viszontátételes problémákat okozhat, erősítheti a páciens ellenállását (Will, 1980). A környezeti faktorok etiológiai szerepe két felfogás körül csoportosult. Az egyik a hangsúlyt az anyára helyezte, amely kiindulópontja volt a sokat támadott és sok negatív konnotációval megterhelt ma már egyéértelműen meghaladott "szkizofrenogen anya" koncepciónak (Fromm-Reichmann, 1948). A hipotézis Wilfred Bion felfogása mentén bontakozott tovább, aki szerint az szkizofrén anyja ambivalenciája miatt képtelen a gyerek szorongásainak a "container" funkciók mentén történő feldolgozására (Bion, 1967). Egy másik hagyományos pszichoanalitikus megközelítés a csecsemőre összpontosított, s a veleszületett agresszió (Bion, 1967) és a primitív ingerlát zavarát (Grotstein, 1977) hangsúlyozta.. A két felfogás integrációja az 1970-es évek közepén a Chesnut Lodge egy meghatározó alakja, Pao (1979) munkásságában egyesült, aki mahleri talajon nyugvó klasszikus könyvében az anya és gyerek nem szétválasztható interakciójáról értekezik, felhívva a figyelmet, hogy az ún. "mutual cueing" problematikája azon a párhuzamosságon alapul, hogy a gyereket hogy gondozzák illetve, hogy a gyerek hogyan éli át a gondozás során szükségszerűen fellépő frusztrációkat. Pszichoterápiás szempontból jelentősek voltak a 1970-es évekig azok az elképzelések, amelyek a személyiség kettős természetét hangsúlyozták. Sokan elfogadták Sullivan felfogását, miszerint mint "teljes" schizophrénia nem létezik, valamilyen ép személyiségrész mindig marad (Fromm-Reichmann, 1950). Hasonlóan fogalmazott Bion, aki szerint minden személyiség felosztható egy pszichotikus és egy nem-pszichotikus részre, az elsőt a projektív identifikáció, míg a másodikat az elfojtás alapozza meg (Bion, 1967). Tapasztalatai szerint a legzavartabb beteg is tart kapcsolatot a realitással. Benedetti (1987) úgy vélte, hogy a pszichózis pszichoterápia során három olyan pszichodinamikai alaptétel van, amire vonatkoztatni érdemes, s amelyek párhuzamos monitorozása segítség ahhoz, hogy a terapeuta áttekintését ne veszítse el, de amelyek másrészt nem vezetnek a metapszichológiai szint zavaró túlburjánzásához sem. Az első alaptétel az Én-aktivitás csökkenése ( klasszikusan szólva a libidó dekhéxise), a második a Én-határok deficites jellege, s a harmadik Self-tárgyak multiplex hasítása. Az első kettőről már volt szó, a harmadik jelentősége abban van, hogy ezen folyamat mentén marad a pszichotikus valóság mindig "követhetetlen", Gaetano Benedetti és fiatalabb munkatársa Maurizio Peciccia szerint az áttételes szituáció itt egy ödipális retorika mentén nem kimerevíthető. Ha belevetjük magunkat egy pillanatra az hagyományos pszichoanalízis orientálta klasszikus pszichózis pszichoterápia nyelvi világába akkor példaként az hozható, hogy míg egy pillanatban a terapeuta mint apa-projekció jelenik meg, a következőben a beteg mint "fallikus-anya" által kasztrált biszexuális csecsemő manifesztálja magát, majd mint a páciens lehasított persecutoros rész-objektje valósul meg a viszontátételben egy nihilisztikus fantázia formájában, hogy a kép erotikus áttételbe forduljon, ahol a szexualizált áttétel mint a páciensnek a terapeutába vetített agressziójának az elhárítását jelenti. Ahogy egy 2003-as interjúban Benedetti visszafogottabban megfogalmazza, a Self a pszichotikus konfúzióban elveszti központi szervező és strukturáló szerepét és projekciók keretében hullámszik a világra ( Koehler, 2003 ).

Ez a rövid történeti áttekintés természetesen csak néhány momentumot volt képes felvillantani a klasszikus intenzív pszichoterápia könyvtárnyi szakirodalmából, a pszichózisok pszichoanalízisének csak a története több vaskos kötet tárgya lenne. Áttekintésünk így hangsúlyozottan sem kívánt teljes lenni, egy egyszerűsített rendszerező ismertetés mellett befolyásoltak minket terápiás pillanatok, klinikai emlékek és szorongások, amikor munkánk során sokszor "beemelkedett" egy szó, egy félmondat vagy egy életmű. Ugyanigy élesen emlékszünk olyan pillanatokra, mikor le kellett tenni egy könyvet vagy egy tanulmányt, mert valamely terápiás történés vagy kezelt embertársunk mellett történtek élesen eszünkbe jutottak.

### **A szkizofrénia pszichodinamikus pszichoterápiájának szempontjából jelentős újabb etiológiai és terápiaelméleti fejleményekről**

Ahogy az előző részben láttuk, a dinamikus pszichiátria 1910-es évektől az 1970-es közepéig datálható klasszikus korszakában a szkizofrén pszichózisok pszichoterápiája azon a hipotézisen alapult, hogy pszichológiai tényezők és mechanizmusok legalábbis fontos és szükségsszerű részt képviselnek a schizofrénia etiológiájában és/vagy tünettanában (Arieti, 1974). Az 1970-es évektől a szkizofrénia kórereditével kapcsolatosan folyamatosan hatalmas adathalmaz gyűlik össze, amelyek a genetikai, az idegfejlődési és a biológiai természetű epigenetikus okok (prenatális vírusfertőzés, malnutrició) kórnemző szerepét igazolják a betegség kialakulásában, azonban az egypetéjű ikrek 40 %-os konkordancia adata fényében a biológiai mellett, kisebb vagy nagyobb mértékben mindig szerepet kapnak pszichoszociális természetű epigenetikus tényezők is (Gabbard, 1994, Brown és mtsai, 1972). Jól látható, hogy egészen az ezredfordulóig, a kiegyensúlyozott és korszerű fejlődépszichopatológiai (Hollis Cregg, 1997, Tényi, Trixler, 1999) és vulnerabilitás-stressz (Gabbard, 1994) teóriákban a környezeti, pszichológiai etiológia elsősorban mint a biológiai alapokat súlyosbító vagy korrigáló tényező szerepel. Ezt a felfogást alapozták meg a legfontosabb és legújabb is intenzíven publikált angolszász és finn kohorsz vizsgálatok és számos fokozott kockázatvizsgálat is (áttekinti Tényi, Trixler, 1999, Tényi, 2003). A reparatív szülőiségre vonatkozó csecsemőkutatási adatok (Greenspan, 1987, Tényi, 2000) és anekdotikus pszichózis pszichoterápiás tapasztalatok (Sechehaye, 1950, Searles, 1965, Volkan, 1994) igazolást nyertek például a Lancet-ben publikált 1946-os brit szkizofrénia kohorsz vizsgálat (Jones és mtsai, 1994) vagy a Mednick munkacsoport koppenhágai fokozott rizikóvizsgálat 2002-ben publikált adatai fényében (Schiffman és mtsai, 2002). Ebben a tanulmányban kell aláhúznunk, hogy 2003-ban publikált legújabb metaanalízisek (Read, Ross, 2003, Karon, 2003) valamint a korai intervencióval kapcsolatos egyes tapasztalatok (Larsen és mtsai, 2003, Gleason et al., 2003) alapján jelenik meg ismét a pszichológiai kóreredit nem csupán módosító de részleges oki szerepe, amelynek legfigyelemreméltóbb vonatkozásaként az új-zélandi Read munkacsoport ún. traumatogén idegfejlődési koncepciója említhető (Read, 2001). A Read munkacsoport koncepciójának lényege, hogy a szkizofréneknél észlelhető biológiai eredetű idegfejlődési deficithez hasonló sérülések és diszfunkciók fedezhetők fel traumatizált gyermekek agyfejlődése során is. A koncepció evidenciáit egy jelentős metaanalízis keretében legújabbban tették közzé (Read és Ross, 2003), amely számos vonatkozását előző

tanulmányunkban már részleteiben ismertettük. Mint az előző fejezetünkben és jelen bekezdésünkben is látható, a kóreredettel kapcsolatos irodalmat áttekintve egyértelmű fejlemény, hogy egyrészt a pszichózisok etiológiájával kapcsolatos biológiai pszichiátriai kutatások egyre több ismeretet nyújtanak a betegségek specifikus biológiai és/vagy interakcionális biopszichoszociális hátteréhez, másrészt az újabb - elsősorban csecsemőmegfigyeléses - pszichoanalitikus eredményekből kibomló metapszichológia reális irányokat képes nyújtani a pszichológiai kezelések hatótényezői és technikai sajátosságai vonatkozásában. Mivel kötetünk előző fejezetében már részletesen tárgyaltuk a biológiai és környezeti tényezők interakciójával kapcsolatos legfontosabb adatokat, itt elsősorban a pszichoterápiás szempontból legjelentősebb korszerű pszichoanalitikus adatok ismertetésére térünk ki.

A 70-es, 80-as évek akadémikus fejlődéslélektana és a pszichoanalitikus fejlődéslélektan újabb eredményei alapján egyértelművé vált, hogy a tradicionális pszichoanalízis egyik alaptétele - miszerint hogy a csecsemő és a kisgyermek fejlődése, illetve ezen fejlődés szakaszai, valamint a különböző pszichiátriai betegségekben észlelhető jelenségek között ekvivalencia vagy akár hasonlóság is lenne - megdőlt (Stern, 1985, Demos, 1993). Stern (1985), Lichtenberg (1983), Demos (1993) és a többi meghatározó csecsemőkutató határozottan leszögezi, hogy a pszichotikus vagy személyiségzavarra jellemző valóságtorzítás és a kisgyermek valóságkezelése semmilyen azonosságot nem mutat. A csecsemő nem pszichotikus és nem paranoid, hanem kiválóan teszteli a realitást, nem a fantáziák és a téveszmék világában él, hanem folyamatosan integrálva és átlagolva percepcióit elvárásokat épít ki a környezettel kapcsolatban, amely az elvárásokat folyamatosan módosítja úgy, ahogy azt tapasztalatai szükségessé teszik. Világossá vált, hogy a csecsemő nem egy passzív lény, hanem számos olyan kognitív, emlékezeti és percepciók képesség birtokosa, amelyet eddig nem tulajdonítottak neki, másrészt viszont a csecsemő és a kisgyermek nincs azon kognitív és nyelvi szimbolizációs képességek birtokában, amelyek alapján az a fantáziatevékenység, amit Klein vagy Kernberg a csecsemőnek tulajdonított, lehetséges lenne. Stern (1985) úgy véli, hogy a csecsemő a kezdetektől képes a Self és a Másik elkülönítésére, semmi sem utal arra, hogy a csecsemő az anyával szimbiotikus kapcsolatban lenne, pontosabban, hogy ez a téveszme uralná a csecsemőt. A csecsemő, kezdetektől különálló személyként részese az anya-gyermek kapcsolatnak, ebben az interperszonális kapcsolatban képességei fejlődésével egyre differenciáltabban vesz részt, kiválóan teszteli elvárásainak átlagolása során a realitást, majd a nyelv megjelenésével lesz először lehetséges arra, hogy torzítsa realitáséztelését, s a nyelv révén lesz lehetősége arra, hogy tapasztalataival ellentétes elvárásokat fogalmazzon meg.

Stern (1985) a csecsemő és a kisgyermek fejlődését a Self szerveződése mentén írja le, ahol a Self egyrészt egy tapasztalati "önmaga" / az angol "myself" szó értelmében"/, amely nem tudatosul, másrészt a későbbiekben egy reprezentációs jelleg is csatlakozik ehhez. Stern a Self szerveződését 4 Self-érzetben adja meg, amely Self-érzeteket azonban nem fázisoknak tartja, hanem koegzisztáló, párhuzamosan létező, folyamatosan alakuló, módosuló és vulnérabilis Self-érzetekről beszél, amelyek valamennyien mindennapi realitásunk részeit képezik, s semmilyen patológiás jelleget nem hordoznak (Tényi, 2000). A pszichopatológiai állapotokban észlelhető Self-érzet torzulások széli, a normál csecsemő



tapasztalatát soha nem jellemző tapasztalatokat jelentenek. A Self-szerveződés biológiailag meghatározott, ugyanakkor az újszülött a kezdetektől interaktív valamilyen formában, s a képességek megjelenésével gazdagítja és továbbontja azt az interperszonális világot, amely a kezdetektől adott. Stern első Self-érzetként a felbukkanó Self-érzetét írja le, amely egy test-Self, s amely megformálódásában az amodális percepció és a vitalitás affektusok játszanak központi szerepet. A második Self-érzet a Self-mag érzete, amely négy tapasztalaton alapul, a Self-működés, a Self-koherencia, a Self-affektivitás és a Self-történet tapasztalatán. Ebben a szakaszban a Másikkal való interakciók reprezentációja nagy szerepet játszik, amelyet a csecsemő átlagol, majd az újabb tapasztalatok során folyamatosan formál, alakít, változtat. Ezt Stern RIGs-nek ("representations of interactions that have been generalized") nevezi, s ezzel kapcsolatban az epizódikus emlékezet strukturáló szerepét helyezi a középpontba. Az epizódikus emlékezet valóság és nem fantázia, egy valós időben megtörtént valós eseményt jelent, amely módosítja az általánosított elvárásokat. A harmadik Self-érzet a szubjektív Self-érzete, amely lényege, hogy ennek kialakulása során a gyerek felismeri, hogy szubjektív tapasztalatai, figyelme, szándékai és affektív állapotai megoszthatók egy másik szubjektivitással. Ebben a szakaszban az anya affektív hangolódása, illeszkedése különösen fontossá válik. A negyedik a verbális Self-érzet szintje, amely során a nyelv megjelenésével a tapasztalatok megosztására nyílik lehetőség, a Self objektíválható lesz, de a nyelv el is idegeníti a tapasztalattól, megjelenik az elmondható, a csak önmagunknak elmondható és az elmondhatatlan. Az objektív Self mellett, mint láttuk, továbbra is ott vannak a korábbi Self-érzetek, a maguk nonverbális karakterével, azaz a konceptuális Self mellett egzisztál a tapasztalati Self is. A Self-szerveződés utáni korszakot Gedo (1993) - Stern elméletét Lichtenstein identitás-konceptiójával valamint Basch, Levin (1991) és a chicagói iskola neuropszichoanalitikus eredményeivel továbbalakítva - a Self-konfliktus korszakának nevezi. Ez az intrapszichés konfliktusok időszaka, amely feloldódása a felnőttkor elején történik, s amely után a személy a Self-harmónia szakaszába lép. A Self-konfliktus időszaka alatt a kamaszkor végéig terjedő időszakot kell érteni, amely alatt a gyerek - a tradicionális terminológia szerint átdolgozza az ödipális konfliktust - s véglegesen leválik szüleitől, hogy a Self-harmónia szakaszába léphessen. A kamaszkor végére az egyén képes lesz az Én-ideál stabilizálására, képes lesz egyensúlyt teremteni abban a helyzetben, hogy Selfjének témája van, amelynek azonban számos, de nem korlátlan számú variációja is lehetséges. A fentiek kialakulása után beszélhetünk a Self-harmónia felnőttkorra jellemző szakaszáról. Ahogy Searles máshol költőien írja, az érett Self az azonosulások harmóniájaként szól (Searles, 1979). Mint már láttuk, Stern (1985) határozottan leszögezi, hogy a Self-érzetek nem fázisok, hanem az élet során folyamatosan alakulnak, aktívák és sérülékenyek maradnak, s a tradicionális pszichoanalízis fixáció fogalmát elvetve, a pathológiák narratív és aktuális eredetének a terápiás folyamat során történő rekonstrukcióját javasolja. A múlt rekonstrukciója során, első lépésben a pszichopathológia narratív eredetének egy kulcs-metafórában történő megalkotását tarthatjuk fontosnak, amely valamely Self-érzet szélsőséges torzulása vagy hiánya mentén lesz leírható. A későbbiekben a narratív eredet megalkotása után, a munka az esetlegesen feltárható ún. aktuális eredet felé irányul, amely az adott Self-érzet torzulásának vagy hiányának élettörténeti eredetét veszi célba. A pszichopathológia spektrumát tekintve az mondható, hogy a míg az akut stressz kapcsán kialakult zavarok pszichoterápiája esetében a narratív és az aktuális eredet egybeesik, addig a spektrum másik végén, ahol kumulatív stresszhelyzetek, kóros interakciós mintázatok

játszanak szerepet ,vagy ahol esetlegesen neurobiológiailag meghatározott a Self-érzet torzulása,mint például a szkizofrén pszichózisok esetében, ott az aktuális eredet mint olyan nem is fellelhető, a narratív eredet megtalálása azonban lehetségessé teszi, hogy a terapeuta egy adekvát és fejlődéslélektanilag is koherens munkahipotézisre támaszkodva folytassa a terápiát. A narratív eredet megtalálása a Self-érzetek monitorozása mentén történik, s döntő, hogy felismerjük, hogy egy- egy adott tünettan mögött mely Self-érzet sérülése húzódik, illetve, hogy mely Self-érzet az, amely a legszélsőségesebben károsodott, vagy hogy mely Self-érzet hiányzik akár. Ismert, hogy az itt érintett neuropszichoanalitikus elméletek igyekeznek hidat verni három irány, az idegtudományok, a pszichoanalitikus csecsemőmegfigyeléses eredmények és a biológiai pszichiátria között ( Levin, 1991, Schore, 1994 , Tényi, 2000). Egyértelművé vált, hogy a Self-szerveződés korai szakaszai elegánsan korrelálnak a különböző központi idegrendszeri strukturák PET-tel ( pozitron emissziós tomográffal ) regisztrálható aktivitásváltozásával , s hogy a koegzisztáló és folyamatosan alakuló és vulnerabilis Self-érzetek és a szimultán aktiv agyi strukturák felnőttkorban történő sérülése vagy terápiás befolyásolása összefüggést mutat/ Levin, 1991/.

A legújabb csecsemőmegfigyeléses eredmények hatása a pszichoanalitikus terápiaelméletre legmarkánsabban az intervenciós aktivitás, a terápiás kapcsolat és az áttétel tematikai körül észlelhető.Előtérbe látszik kerülni egy sokban módosított, leginkább a sullivani interperszonális pszichoterápiára és részben a kohuti Self-pszichológia terápiaelméletére jellemző felfogás.Az anyával és a normál csecsemővel kapcsolatos megfigyelések vonatkoztatása a pszichoterápiás helyzetre azt látszik erősíteni, hogy a preverbális, nonverbális hangolódásnak, az empatis viszonyulásnak, a korrektív emocionális élménynek, a tradicionális felfogásoktól eltérően, nagyobb és lényegesebb szerepe van.Ezen megközelítések szerint az analitikus illetve a terapeuta sokban hasonlóan kell, hogy viszonyuljon a pácienshez, mint ahogy az anya reagál a csecsemővel kapcsolatosan.Jelentős és nem elhanyagolható különbség azonban, hogy a páciensek éppen pszichopathológiájukból adódóan jelentős ellenállást fejtenek ki, ezért az esetek jelentős részében igen nagy nehézség a preverbális, nonverbális Self -érzetek elérése és korrekciója.Tudni kell azt is, hogy a páciensek a Self és affektus-szerveződés olyan széli és a normál csecsemőt nem jellemző helyzeteit valósítják meg, amelyek kapcsán csak az átlag affektusoknál és Self- tapasztalatoknál intenzívebb tapasztalatok révén várható csak korrekció.Demos/1993/ szerint az analitikusnak fel kell ismernie a páciens kompetenciáját és képességeit, semmit sem szabad tennie és nyújtania, amit a beteg maga is ne tudna megtenni, felismerni, de a tradicionális pszichoanalitikus helyzetnél nagyobb támogatást kell adnia, hogy az általa AIM-nek ( A: "aware of a distressed state " , I : "intention to end it" , M : "mobilizing behaviors to achieve the goal" ) nevezett - és csecsemőmegfigyeléses vizsgálatai során leirt - affektus-szerveződési folyamatot a páciens ideálisan kibontsa, s így az optimális frusztráció szintjét beállítsa.Ahogy Holinger /1989/ egy, az American Journal of Psychiatryben megjelent, - Kohut, Stern és Gedo munkásságát tárgyaló - kitűnő összefoglalóban rámutat, a különböző Self-érzet torzulásban vagy hiányban szenvedő páciensek esetében, különböző intervenciós és interpretációs aktivitás szükséges.Ennek a felfogásnak a gyökerei Gedo és Goldberg 1973-as Models of Mind című munkájában található, amely kötetben a szerzők explicit formában először tárgyalták a különböző pszichopathológiák esetében szükséges különböző teoretikus modelleket és intervenciós

aktivitásokat, amellyel kapcsolatosan már Ferenczi óta gyűltek az adatok a pszichoanalitikus irodalomban. Az eredeti modell szerint az akut traumatikus stressz reakciók esetén a pacifikáció, a pszichotikus dezintegráció esetén az egyesítés, az unifikáció, a nárcisztikus zavarok esetén az optimális kiábrándítás, a neurotikus problémák esetén az interpretáció, míg az érett, egészséges személyek esetében az introspekció a követendő intervenciós stratégia. A pszichoanalitikus fejlődéslélektan forradalmian új eredményei alapján elméletét Gedo (1993) módosította, jelentős mértékben integrálva Stern, Beebe és a többi jelentős infant reseacher eredményeit. Mint láttuk, Gedo (1993) Sternt követve a Self-szerveződés, a Self-konfliktus és a Self-harmónia szakaszairól beszél, s a preverbális Self-érzetek vonatkozásában sérült páciensek kezelése kapcsán egyértelműen rámutatott, hogy a noninterpretatív pszichoanalitikus intervenciók nemcsak hogy lehetővé teszik az áttétel kifejlődését, de annak kifejlődése szempontjából kiemelkedő jelentőségük van. Stern /1985/ úgy fogalmaz, hogy a Self-mag-érzet szintjén a megfelelő válaszreakció és reguláció, a szubjektív Self-érzet szintjén az affektív hangolódás, illeszkedés, míg a verbális Self-érzet szintjén a konszenzuális validálás, azaz a közös, megegyezésszerű, tranzicionális nyelvhasználatra alapozódó, értelemadás játszik központi szerepet, mint intervenciós aktivitás. A klasszikus interpretációs aktivitás abban az esetben kerülhet középpontba, ha a probléma fókusza az elfojtás körül rajzolódik ki, de mint a Self-pszichológia klinikumából ismert, az empatikus, affektív hangolódó terápiás attitűdnek ebben az esetben is jelentős szerepe van, s annak létrehozása indokolt. Újabban többek között Mitrani, elötte Kiersky és Beebe mutattak rá kazuisztikus munkákban arra, hogy a storni Self-szerveződési elmélet kereteiben értelmezve a pszichoanalitikus kezelést, a korai interakciós mintázatok, affektív hangolódások és nonverbális, metakommunikatív, proxemikai jelenségek jelentős szerepet játszanak. Fontos fejlemény az explicit és implicit memóriarendszerek specifikus pszichoterápiás megközelítése, amellyel kapcsolatosan az 1990-es végén a Boston Change Study Group ún. "találkozás pillanata" elmélete volt kiemelkedő fejlemény (Stern és mtsai, 1998, Kandell, 1999, Tényi és mtsai, 2000, Stern 2004). Ennek bizonyos részleteit még érinteni fogjuk részleteit korábban ismertettük. A fentiek után, végezetül, az áttétel kérdésével kapcsolatos néhány újabb - a csecsemőmegfigyeléses eredmények kapcsán előtérbe került - szempontot tekintünk át.

Az áttétel jelenségét a legújabb csecsemőmegfigyeléses vizsgálatok eredményeinek a fényében vizsgáló szerzők, mint Stolorow és Lachmann/1984/, Levin/1991/ vagy Muller/1992/, úgy vélik, hogy az áttétel lényegét nem a múlt torzításában és annak ismétlődésében kell látnunk, hanem a beteg azon vágyában, hogy interszubjektív kapcsolatot realizáljon. Az áttétel centrumát a beteg azon vágya képezi, hogy az analitikus vágyának a tárgya legyen, s ez az a jelenség, amely a normál, egészséges anya-gyerek kapcsolat és a páciens-analitikus kapcsolat között szoros összefüggést rajzol ki. Stern /1995/ az áttétellel foglalkozva legújabban arra figyelmeztet, hogy mind teoretikus mind technikai értelemben, az emlékezés versus cselekvés szétválasztás csak abban az esetben indokolt, ha a cselekvés az ellenállás vagy a tünetképzés szolgálatában áll. Minden más esetben a cselekvés, a preverbális - és az anya-gyerek kapcsolatból származó - / motoros, perceptuális, affektív / emlékezeti anyag aktualizálását jelenti, amely alapján az mondható, hogy az áttétel a mindennapi életben megélt szerelemmel illetve az anya-gyerek kapcsolat jelenségvilágával mutat azonosságokat. Ebből következőleg Stern /1995/ azt javasolja, hogy teoretikus és technikai szempontból is megfontolandó és célszerű az acting out jelenségét, mint kizárólag az

ellenállás részjelenségét tekinteni. Fred Levin /1991/ az áttételt egy olyan szondaként határozza meg, amely feladata, hogy tesztelje kapcsolataink kölcsönösségét. Levin /1991/ az áttételt adaptív jelenségnek tekinti, amely révén az agy a tapasztalatból való tanulást megvalósítja. A komplementer áttétel esetében a szükségletek válasza talál, míg a nonkomplementer áttétel esetében, a korábbi - s a környezetre vonatkozó - stratégiákkal kapcsolatos új ítéletek alkotása történik. Levin /1991/ felfogása szerint, a környezethez való áttételes viszonyulás során, hasonlóan a REM-fázisban történő álmódáshoz, az agy egyesíti a corticolimbikus, corticovestibulocerebellaris és corticostriatalis rendszereken beérkezett inputot, hogy aztán ezt az áttételes viszonyulást egy ún. leszabályozó, nem-áttételes viszonyulás váltsa fel az információfeldolgozásban. Levin - aki a legkorszerűbb neurobiológiai, idegtudományi eredmények és a legújabb csecsemőmegfigyeléses pszichoanalitikus ismeretek kiváló ismerője és szintetizálója - rámutat, hogy az áttétel adaptív szemlélete először Freud egy 1915-ös, de csak a 80-as években ismertté vált "A Phylogenetic Fantasy" című kéziratában jelenik meg, amelyet Freud, egy - 1915 július 28-i - levélhez csatolva küldött el Ferenczi Sándornak / Levin, 1991/. A Freud-szöveg, amely a Jégkorszak túlélésével kapcsolatosan egy kétlépcsős fejlődési vonalat vázol fel, egyértelművé teszi, hogy Freudot is komolyan foglalkoztatta az áttétel adaptív funkciója /Levin, 1991/, amely ma a modern csecsemőmegfigyeléses Self-pszichológiában az áttételes kapcsolat interszubjektív, interperszonális, regulatív jellegének hangsúlyozásában köszön vissza / Stern, 1985, Demos, 1993, /. Az eddigiekből már sejthető, hogy a csecsemőmegfigyelésekre komolyan támaszkodó pszichoanalitikus terápiaelmélet, elsődleges gyógyító tényezőként a korrekatív, fejlődést támogató / "growth-promoting" /, emocionális élményt, a különböző Self-érzet szinteknek megfelelő regulációt és affektív hangulódást / Stern, 1985/, valamint az Emde és munkacsoportja által leírt szociális referencia jelenségét /Emde, 1981, / adja meg. Nem kétséges, hogy bár az agyi plaszticitás legújabban egyre mélyebben megismert jelensége ( kitűnő áttekintés Pléh, Kovács, Gulyás, 2003 ) jelensége egyre tágabb teret ad a pszichológiai kezeléseknél a biopszichoszociális oldalról meghatározott pszichiátriai betegségek terápiaja területén, azonban az egyértelmű adatok, amelyek a Self-érzetek neurobiológiai meghatározottságára is utalnak egyes konkrét kórképek esetében, fel kell hívni a figyelmünket a pszichológiai kezeléseknél nemcsak a lehetőségeire, de azok a hatáira is /Levin, 1991, Schore, 1994, Silver, Larsen, 2003 ).

### **Technikai aspektusok**

A továbbiakban ismételtelen bizonyos terápiaelméleti illetve jórészt technikai vonatkozásokat tárgyalunk. Az ismereteket az alábbi módon csoportosítjuk.

1. A pszichoterápiás szituáció alkotói.
2. A kapcsolat kialakításának problémája.
3. Áttétel és viszontáttétel. A gyógyító momentum.

4. A terapeuta attitűdjei.
5. Interpretáció.
6. Ellenállás.
7. Pszichotikus mechanizmusok kezelése. Az álom és az elszólás.
8. Integráció és "sealing over".

## 1. A pszichoterápiás szituáció alkotói

A páciens pszichoterápiás szempontból jellemzi, hogy elfordul a realitástól, nem bírja a frusztrációt, képtelen az agresszív impulzusok kontrolljára, hiánya mutatkozik a Self-kohéziója vonatkozásában, passzív (minden történik vele) kapcsolatait ambivalencia dominálja. Az optimális pszichoterapeuta nehezebben definiálható, fontos, hogy képes legyen tolerálni intenzív affektusokat, értse az elsődleges munkamódokat, s otthonos legyen a szimbiotikus igények világában ugyanúgy mint az elutasítás, konfúzió és frusztráció közegében. Jó, ha egy "kicsit őrült", ha az orvos számára a pszichózis nem jelent izgalmat, ha nem kíváncsi, az sikertelenséget jelez előre. Fontos a terapeuta és a beteg kapcsolata, "párosítása". Jó párok sikert, rossz párok kudarcot jeleznek előre. Így ismert, hogy dezorganizált betegek jobbak dezorganizált terapeutákkal, autisztikus betegek könnyebben működnek közre visszahúzódó terapeutákkal, depresszióra hajlók hasonló személyiségű terapeutával (Gunderson, 1978, Bellak, 1969). A külső körülmények szempontjából fontos, hogy a pszichoterápia olyan közegben történjen, amely mind teoretikusan, mind pragmatikusan támogató. Pao (1979), Rosenfeld (1977) és Gunderson (1979) javasolták a terapeuta és az adminisztrátor "hasítását". Ez azt jelenti, hogy más vezeti a pszichoterápiát, s más dönt a mindennapi elbocsájtás, életkörülmények, gyógyszerelés vonatkozásában. A fenti modell csak jól olajozott együttműködés esetén javasolt, ellenkező esetben antiterápiás hasítást eredményez.

## 2. A kapcsolat kialakításának problémája

Semrad azt mondja "Hogyan tudunk motiválni embereket, hogy visszatérjenek a világba? Úgy, hogy hagyjuk, hogy belénk szeressenek" (Semrad, 1980). Itt arról beszél, amit a legtöbb pszichoterapeuta tesz a schizophrén pszichózisok intenzív pszichoterápiájában. A lényeg a részvétel, a belépés, a participáció a páciens pszichotikus világában. Benedetti "entrance" -ról (1987), Sullivan "participációról" (1962), Searles "szimbiózisról" (1965) beszél. Döntő ez a szakasz, mivel a páciens ambivalenciája és destruktivitása ellene dolgozik a kapcsolatnak, de lehetséges, mivel a betegek igénylik a kapcsolatot, s ha a terapeuta képes rá, a betegek ráhagyatkoznak a bizalom és melegség légkörére (Fromm-Reichmann, 1950). Az ekkor alkalmazott technikák lényege, hogy a terapeuta biztonságos legyen, képes legyen az optimális kapcsolati távolság beállítására, míg a passzív neutralitás klasszikus analitikus technikája rontja a lehetőségeket. Fontos a terapeuta toleranciája és türelme, fontos, hogy képes legyen együtt játszani a beteggel, részesedni szimbólumaiban. "Beszélni kell a beteg

nyelvét", ahogy Rosen tette (Rosen, 1953, McGlashan, 1983), ha szükséges részesedni kell a doxasmákban, a kóros identifikációkban. Ilyenkor a terapeutának intuíciójára kell támaszkodnia, költővé kell válnia, hogy "valósága" legyen. Ez az amit könyvekből nem lehet megtanulni, ahol lemerítkezni kell, hogy tudással térjünk vissza. A terapeuta nem lehet passzív hallgató, a beteg fluktuáló, konfúzus világában biztos pontként jelenik meg, akire egyfajta ősbizalom alapozódhat. Kommunikációja olyan, hogy egyszerre jelenti a beteg pszichózisába való belépést, s biztos pont képzését ott. Például "maga fél most mindenkitől, tőlem is. De én nem bánom, én maga mellett vagyok". Egy posztpartum pszichotikus nőhöz fordulva azt mondhatjuk, "félelmei a magáéi, én tudom, hogy jó anya lesz, bízom magában". Ezek nemcsak biztatások, de nem is interpretációk a hagyományos értelemben. Szavak, amelyek könnyen introjektálhatóvá tesznek egy épülő kapcsolatot. Nonverbális akciók, mint a beteg megérintése, kezének megfogása, sétálás szintén hasznosak lehetnek, bár tudni kell, hogy stuporos állapotok gyakran agitáltságon keresztül oldódnak. Tudni kell, hogy az aktív intervenciókat a beteg támadásként foghatja fel. Autisztikus betegek esetében fontos a pozitív metakommunikatív odafordulás, s a felismerés, hogy a beteg sokszor nem elutasít, hanem nem képes elviselni az interperszonális kapcsolat feszültségét. A terapeutának ragaszkodnia kell a beteg eléréséhez, nem kell feleslegesen bízgatni a beteget, hogy szólaljon meg, hanem rövid, világos megállapításokat kell ismételtetni, amely nem igényel választ. Például, "eljöttek megnézni", "jó itt ülni veled, olyan mintha megállt volna a Föld". Hosszú monológ nem szükséges, fontos az ismételtetés, hogy a páciens érzékelje a terapeutát, amint kiválik környezetéből. Kataton betegekkel való kapcsolatfelvételnél fontos, hogy neutrális témákat érintsünk, amelyek nem fokozzák a páciens szorongását. Pszichodinamikailag fontosnak ítélt tematika inkább kerülendő az elején, mert az visszavonuláshoz vezethet. A kapcsolat ezen szakaszában gyakran észlelhető, hogy a páciens zavarja a terapeuta beszéde, ilyenkor a csend tolerálása jelentős. Autisztikus, kataton páciensek esetén néhány esetben sikerrel integrálható a californiai Arthur Janov "öskiáltás" terápiája (Janov, 1975), ahonnan a módszer kezdő lépését vehetjük át. A beteget, ha sikerül rábírnunk, modellt nyújtva felszólítjuk, hogy hangosabban és hangosabban hívja a szüleit vagy valamely számára fontos személyt, amely után kellő kitartás és adott páciens esetén az autisztikus állapot hirtelen oldódása következhet be. Tapasztalataink szerint, ilyenkor vagy inkoherens, erősen szimbolikus nyelvezet jelenik meg, vagy katartikus oldódás során a páciens traumatikus pszichodinamikai anyagot ventillál.

Más probléma jelentkezik dezorganizált és paranoid betegek esetében a kapcsolatfelvétel során. Ilyenkor a kezdő általában szorongását azzal próbálja oldani, hogy kérdésekkel bombázza a beteget, amit a páciens támadásként, behatolásként él meg. Olyan ez mikor egy idegen érkezik egy családhoz, s ahelyett, hogy csendesen kívánná a gyerek felbátorodását, különböző kérdésekkel igyekszik mindenáron kapcsolatba vonni, amely persze sikertelen marad. Szabály, hogy a pszichoterápia kapcsolatfelvételi szakaszát nem mossuk össze az anamnéziszfelvétellel, vagy a neurotikusok számára kidolgozott elsőinterjú technikákkal, még ha differenciáldiagnosztikai problémák az ideális elkülönítést nem is engedik meg mindig. A kapcsolatfelvétel időszakában ne kérdezzünk, vagy csak keveset. Ha a beteg azt mondja, hogy "valakik" követik, lehallgatják, üldözik, nem tanácsos kérdésekkel úgy irányítani, hogy konkretizálja a "valakiket", mert így feleslegesen kikristályosítunk téveszméket. A beteg mikor az "ők" vagy a "valaki" kifejezését használja, nem elrejteni akar konkrét személyekkel kapcsolatos dolgokat, hanem bizonytalan érzéseket verbalizál, maga

sem tudja ki csinálja ezt, s így nem helyes ha kérdésekkel mélyítjük a pszichopathológiát (Arieti, 1974). Fontos, hogy tudjuk hallgatni a beteget, kérdések nélkül is, és úgy is, hogy nem értjük sokszor amit mond. Nem tanácsos "eljátszani", hogy éltjük, ha valójában nem értjük a beteget, másrészt gyakran, mikor a betegek azt kérdezik, hogy értjük-e őket, azt igénylik, hogy kifejezzük azt, hogy nem értjük őket, mivel maguk is érthetetlennek találják azt, amit a pszichotikus self és világképük ellentmondásmentesen állít. őszinteségünk a nem - pszichotikus- részt erősíti. Úgy beszélni, hogy valójában a szavak árnyékában állunk, s nem értjük egymást, egy költői szint dominál, sokszor nehéz azon terapeutáknak, akik neurotikusokat kezelnek nagyobb hányadban. Sokszor van, hogy "értjük" amit a beteg mond, de saját szavainkkal nem tudjuk visszaadni. Ennek a hiatusnak a viszontátételes megtapasztalása jelzi, hogy közel kerültünk a páciens pszichózisához. Ha szisztematizált doxasmákról beszámoló paranoid pácienssel kísérünk meg pszichoterápiás kapcsolatot kialakítani, fontos, hogy a beszélgetést indirekt, a téveszméket nem érintő témák felé is tereljük, nem azért, hogy ne foglalkozzunk, vagy elnyomjuk a tüneteket, ez amúgy sem lehetséges, hanem, hogy erősítsük az egészséges kapcsolatra kész én-részeket, s ezekkel kössünk szövetséget. Frieda Fromm-Reichmann (1950) azt javasolja, hogy mondjuk meg a betegnek, hogy mi nem hallunk hangot, amit ő hall, s nem tapasztalunk megfigyelést, ahol ő érzel. Fontos, hogy a páciens lássa a terapeutát, Sechehaye (1951) azt figyelte meg, hogy mikor Renee nem látta őt, úgy érezte nincs is ott. Ismert jelenség ez gyerekeknél, akik ha valamit el akarnak tüntetni, becsukják a szemüket. Ugyanakkor fontos tudni, hogy mikor a páciens negativisztikus, elfordul, kinéz az ablakon, e mögött azon félelmei húzódnak, hogy deficités Én-határai következtében belefolyik a terapeutába. Ilyenkor nem szabad visszaerőltetni valamilyen kérdéssel, utasítással a szemkontaktust, mert a szorongás ki fogja repíteni az ülésről. Ha a kapcsolat ezen kezdeti kialakítása sikeres, azt a "kölcsonosság" megjelenése jelzi, az "entrance" ezen fázisában Benedetti (1980, 1987) a viszontátételes álmok, fantáziák jelentkezését, az autisztikus szimbólumok szimbiotikussá válását, a pszichopathológiai "progresszív" válását találja központinak. A terapeuta álmodik a beteggel, a pszichotikus tartalmak sajátos módon szövődnek életébe, a terápia során kreatívan, költőin képes bánni a páciens téveszmés valóságával. Ezen szakaszban a beteg szorongásai átmenetileg fokozódhatnak, amelyek észlelése sajátos interferenciát képezhet a terapeuta entranceval. Ez az a pont, ahol az áttétel és a viszontátétel egyaránt jelentkeznek, így azokat központi szerepük miatt külön tárgyaljuk.

### 3. Áttétel és viszontátétel. A gyógyító momentum.

Freud szkepszisével szemben már korai klinikai tapasztalatok rámutattak, hogy a pszichotikus betegek képesek áttétel kifejlesztésére, mégpedig igen intenzív és konkrét formában. Ezek az áttételek kimerítik az áttétel pszichoanalitikus fogalmát, azaz hogy a koragyermekkori tárgykapcsolatoknak a terapeutára való kivetítéséről van szó. Az áttétel, ha nem pszichotikus, azt jelenti, hogy a páciens úgy látja a terapeutát, s úgy reagál rá, mint valamely fontos személyre a múltjából. Ez azt jelenti, hogy a terapeutára, mint külső tárgyra, egy tárgyrepresentáció vetül, az identifikáció azonban intakt Én-határok mellett történik, így a tárgykapcsolatok kivetítése a realitástesztelést nem érinti. Searles (1965) úgy vélte, hogy a

schizophrén páciensek erre a típusú nem pszichotikus áttételre nem képesek, mivel a kapcsolat nem két különálló biztos Én-határú személy között bontakozik. A betegek a tárgyrepresentációk projekcióját a külső tárgyra konkretizálják, a terapeuta nem olyan lesz mint egy anya, hanem maga lesz az anya, mindazzal a hasított, preambivalens reprezentációval, amely a schizophrén pácienseket jellemzi. A betegek nem képesek az áttétel illuzórikus jellegének fenntartására, s az áttételes pszichózis így szükségszerű és elkerülhetetlen része az intenzív pszichoterápiának. Grotstein (1977) szerint azonban, a schizophrének képesek nem pszichotikus áttételre is, erre Fromm-Reichmann (1950) is felhívja a figyelmet. Klinikai tapasztalataink szerint kétségtelenül igaz, hogy nem-pszichotikus áttétel is kifejlődik. Tradicionálisan az áttételes pszichózis három típusát különítették el (Arieti, 1974, Searles, 1965, McGlashan, 1983). Az első a hosztilis, paranoid áttétel, ahol a terapeuta üldöző, "rossz mell", aki ártani akar a betegnek. A második egy idealizáló, szimbiotikus, folie a deux, ahol a terapeuta egy omnipotens anya, a negatív érzések lehasítódnak, s kivetítődnek a szimbiózisból nővérekre, betegtársakra stb. A harmadik az idealizáló, hosztilis áttétel, vagy ambivalens áttételes pszichózis, ahol a terapeuta omnipotens, de veszélyes a páciens számára, mert visszatartja tudását. Ebben az esetben a beteg úgy látja a terapeutát, mint aki minden kérdésére, problémájára tudja a választ, de visszatartja a tudását, amely hosztilissá teszi a beteget. Sejthető, hogy az áttételes pszichózis kifejlődése intenzív viszontáttételes érzéseket eredményez. A modern felfogás a viszontáttétel heimanni felfogásából indul ki, miszerint minden amit a terapeuta a pácienssel kapcsolatban gondol és érez, a viszontáttétel része, s nem csak az, amely a terapeuta neurózisának, személyes torzításainak eredménye. A terapeutának persze törekednie kell, hogy igyekezzen elkülöníteni azon érzéseit, amely a páciensből és belőle származnak, mégha ez sokszor nem is sikerül. A viszontáttétel a betegről szóló információforrások majdnem legfontosabbika, a viszontáttétel kezelése a terápia leglényegibb és kuratív aspektusból is döntő része. A terapeuta átél depressziót, elbizonytalanodást, értéktelenséget, gyűlöletet, félelmet, unalmat, konkrétan tapasztal olyan érzéseket, amelyeket a kezdő terapeuta büntudattal és "megzavarodva" tapasztal, hogy aztán később "magányában" és "kínjában" a beteghez fordulva rájön, hogy a kezelés kulcsa van a kezében. Fontos a legelső érzések jelentkezése a viszontáttételben, mint amelyek még leginkább hordozzák a terapeuta "személyes problematikáját" a beteggel kapcsolatosan. Néha segít gondolni arra, amit Searles (1965) és Benedetti (1980) is hangsúlyoz, hogy a pszichotikusok kezelése egy soha be nem fejeződő önismeret lehetőségét nyújtja a terapeutának. Az áttétel és viszontáttétel viszonyát Searles úgy írja le (1986), hogy a terápiás szimbiózis terét a páciens és a terapeuta projektív identifikációi szövik át. A projektív identifikáció az a mechanizmus, amely révén az informatív viszontáttétel (Bollas, 1990) s a pszichoszintetikus viszontáttétel (Benedetti, 1987) értelmezhető. Az informatív aspektust már érintettük. A pszichoszintetikus viszontáttétel azt jelenti, hogy a terapeuta a pszichotikus valóságot pozitíválja, kreatívan transzformálja, progresszív pszichopathológát fejleszt ki. Ebben amplifikatív elemek is integrálhatók, így a vonatkoztatás szinkronicitássá, a befolyásolás telepátiává transzformálható.

A terápia terében kifejlődő áttételes-viszontáttételes relációk tolerálása döntő jelentőségű, a terapeuta oldaláról annak két komponense jelentős. Az egyik az empátia, a másik a "containment". Az empátia a terapeuta képességére utal, hogy azonosuljon a páciens



élményével, azokkal is, amelyeket az nem ismer fel, s nem artikulál. A containment Bion (1967) munkássából bomlik ki. Bion (1967) a schizofrénia hátterében a containment zavarát látta. Szerinte ha az anya képtelen volt, hogy egy mentális teret létesítsen, ahova a csecsemő projektálhatja érzéseit, s amely teret azután a csecsemő introjektálhat, akkor az schizofréniahoz vezet. A sikeres pszichoterápia lényegét abban látta, hogy a terapeuta sikeresen oldja meg a containmentet, létrehozson egy mentális teret, ahova a páciens érzéseit, szorongásait vetítheti, ahol a terapeuta azokat átdolgozhatja, s amelyeket a beteg introjektálhat. Az introjekció először a projektált érzésekre, a későbbiekben a mentális térre (Winnicott és Tolpin nyomán a "potenciális térre") vonatkozik, így a páciens képes lehet, hogy "eljátsszon" érinthetetlen és kimondhatatlan érzésekkel a terápiás térben (Feinsilver, 1980). Hasonló jelenségvilágot ismertet újabban Peter Fónagy és Mary Target reflektív Self-elmélete, amely a pszichikus ekvivalencia és a mimelt mód (pretended mode) kettőségének és pszichopatológiájának leírásával sokban hozzájárult a pszichotikus és borderline mentalizáció különbségeinek megismeréséhez és azok terápiájához (Fónagy, Target, 1999). Az áttételes - viszontáttételes relációk tolerálása három szakaszra oszlik. Így a páciens érzéseinek befogadása, túlélése és analitikus feldolgozása (McGlashan, 1983).

Itt kell felhívni a figyelmet arra azonban hogy míg a viszontáttételes reakciók a sterni Self-érzetek korrekciója szempontjából továbbra is központi jelentőségűek a korszerű dinamikus szkizofrénia pszichoterápiás praxisban, addig az áttételes pszichózis jelensége mind teoretikus mind technikai aspektusokból változáson ment keresztül. Szemben az áttételes pszichózisnak tulajdonított központi kuratív momentummal, újabban a reparatív anyaság koncepciója alapján értelmezik a szkizofrénia pszichológiai kezelésének gyógyító momentumát (Volkan, 1994, Gabbard, 1994, Tényi és mtsai, 2000, Garfield, 2003), ahol a terapeuta egy pótlólagos Self-korrektív kapcsolatot épít ki, amely során a terapeuta "anyai funkciói" az agyi plaszticitás mentén korrigálják a fenálló és a tünettannért felelős neurobiológiai és neurokémiai diszfunkciókat (Robbins, 1992). Robbins integratív modelljében a kapcsolatoktól való averziót, a stimulációval kapcsolatos hiperszenzitivitást, a figyelem és koncentrációs zavarokat és az un.már Bion által is leírt mentális nihilizmust, az érzések és a gondolatok tagadását tartja központi jelentőségűnek. Ezen jelenségek képtelenné teszik a preszkizofrént a környezettel kapcsolatos adekvétát interperszonális kapcsolódásra, amely a tünettann robbanásakor szimbiotikus jellegű kapcsolatokban manifesztálódik. A pozitív szkizofrénias tünetek - szemben a neurobiológiailag meghatározott negatív tünetekkel - azonban az esetek egy részében analitikus értelmezhetők, a tüneteknek jelentésük van (Karon, 1992, Gabbard, 1994), így ismert hogy a szkizofrénias betegek énképének aktuális sérülése azonnal grandiózus téveszméket vagy hallucinációkat eredményez (Garfield, 1995, Garfield, és mtsai, 1987). A terapeuta mikor a különböző Self-érzetek szintjén kapcsolatba lép a pácienssel a Self-mag-érzet és a szubjektív Self-érzet hiányait, torzulásait korrigálja a felbukkanó Self-érzet domináns felhasználásával (Garfield, 2003). A viszontáttételes kreatív munka, a pszichopatológia pozitíválásának Benedetti (Benedetti, 1987, Koehler, 2003) által leírt folyamatát legújabbban a sterni teória keretei között David Garfield a felbukkanó Self-érzet domináns megjelenésével annak egyfajta terapeutikus hipertrofizálásával írja le, hasonlóan ahhoz ahogy néhány éve egy nagyobb dolgozatban arra a bálinti flash technika és a

sterni alapú Self-korrekción elemézve a Dynamic Psychiatry hasábjain magunk is kísérletet tettünk (Tényi és mtsai, 2000). Esetismertetésünk keretében ennek részleteire még visszatérünk. Az áttételes pszichózis jelenségére visszatérve leszögezzük, hogy a tárgykapcsolat-elméletek korszerűtlenné válásával az áttételes pszichózis centrális szerepe egyre inkább háttérbe szorult, kuratív szerepe megkérdőjeleződött, mivel a fázis-elmélet és a mahleri normál szimbiózis-koncepció meghaladása teoretikusan értelmezhetetlenné tette azt, ugyanakkor régóta ismertek voltak tapasztalatok, amelyek annak ineffektív és veszélyes voltára figyelmeztettek ( Lehmann, Steinwachs,1998, 2003 ). Az un. PORT ajánlások - amelyek rövidebb ideig bár, de sokat ártottak a pszichózisok komplex terápiás megközelítése ügyének és amelyek az utóbbi időszakban intenzív kritika tárgyát képezik az egyoldalú organikus szemléletért - is az áttételes pszichózis tematikája köré centrálták az individuális dinamikus pszichoterápiával kapcsolatos kritikájukat ( Lehmann, Steinwachs, 1998, Ver Eecke, 2003 ).

Erre egy külön fejezetben még visszatérünk.

#### 4. A terapeuta attitűdjei

A pszichózis pszichoterápiában technikai szempontból nem elsősorban megtanulható technikák jelentősek, hanem a döntő tényező a terapeuta attitűdje az interperszonális interakcióban. Hatalmas irodalma van a terapeuta attitűdjével kapcsolatos megfigyeléseknek, ebből csak néhányat, az általunk legfontosabbakat ragadjuk ki. Will (1980) a terapeuta elérhetőségét, állandóságát hangsúlyozza. Fontos lehet telefonszámunk esetleg címünk megadása a betegnek, tapasztalatok szerint a betegek ezzel a "köldökzsinórral" ritkán élnek, de a tudat, hogy a terapeuta bármikor elérhető fontos. Fontos, hogy a terápia kezdetén a terapeuta ne érezze, hogy ő "biztos székben ül", aki ezt a következő beteget is "könnyedén eléri". Searles (1965) hangsúlyozza, hogy a kezdetnél a beteg pozíciói legalább olyan erősek, s csak később a containment során válhat a terapeuta magabiztosabbá. Ez a túl magabiztos, s öntelt "sztárterapeuták" hibáira figyelmeztet. Tanulnunk kell betegeinktől, ha egy páciens közli, hogy "mit akarsz te? azt hiszed érsz valamit", tanácsos mélyen elgondolkodni, s nagy hiba és sajnálandó ilyenkor szakmai zsargonba csomagolva helyretenni azonosságunkat. Ahogy a késői kohuti munkásságból is tudjuk a terapeutának átélnie kell, hogy a beteg problémái nem is különböznek annyira az övétől, s ne ragaszkodjon túlságosan realitástesztelésének hibátlanságához, tudni kell, hogy örület és egészség nem is olyan biztos és mozdíthatatlan kategóriák (Giovacchini, 1979). Döntő a közelség és távolság beállítása, ami arra is vonatkozik, hogy a távolság megtartása miatt lehetnek fontos dolgok, problémák amikre sose derül fény (Will, 1980). "A terápia addig tart, amíg kell" (McGlashan, 1983), nem lehet külső kereteket szabni, ki kell várni a változást, ahogy egy gyerek fejlődését sem lehet siettetni. Ne legyen a terapeuta túl ambiciózus, mert az deperszonalizálja a terápiát. Fontos az optimizmus, a bizarrériák, konfúzió tolerálása, a negatívizmus megjelenésének ismerete és elviselése. Searles (1965) szerint a terapeuta foglalkozzon azzal a kérdéssel, hogy mi az egészség, mi az örület, mert ez lesz segítség a beteg számára, hogy beállítsa azt a szintet "ameddig meggyógyul". Mi hajlamosak vagyunk úgy látni, hogy azok a sikeres terápiák, ahol a betegek arra a szintre gyógyulnak, ahol a terapeuta van, kevesebb vagy több gyógyulás

ismét fromm-reichmanni magányhoz vezet, amely visszafordítja a páciens a schizophrén fejlődésre. Egy csoport jut eszembe, ahol egy schizophrén betegem azt mondta, hogy nem tudna létezni a klinika nélkül, azt válaszoltam, hogy félek, hogy én sem, mire egy másik schizophrén páciensem azt mondta, "olyan ez mint létezni identitás nélkül".

## 5. Interpretáció

Az interpretációval sokan foglalkoztak, s a kleini iskolát leszámítva, úgy tűnik kialakult egy konszenzus (Searles, 1965, Benedetti, 1987, Arieti, 1974, Volkan, 1990) a témával kapcsolatban. A schizophréneknek nyújtott interpretációkról elmondható, hogy nem pszichodinamikusak, hanem strukturálisak (Benedetti, 1987). Ez azt jelenti, hogy nem a pszichodinamikai folyamatok tartalmát értelmezzük (szexuális és agresszív impulzusokat, az ödipális elemeket, a szimbiotikus igényt, stb.), hanem igyekszünk a pszichotikus folyamatok formai aspektusait érthetővé tenni a beteg számára, az elhárításokra, az itt és most-ra, a tünetképzés és frusztráció kapcsolatára interpretálunk (Arieti, 1974). A legjelentősebb tehát a pszichotikus konkretizációk értelmezése, ez kézzelfogható valóság a betegek számára, ezt könnyen el is sajátítják. A pozitív áttétel nem értelmezendő, de a negatív áttétel, a depresszív irányú dinamikai elmozdulás helyenként tartalmilag is értelmezendő lehet, ha a kapcsolat megszakadással fenyeget. Röviden, világosan, egyszerűen fogalmazzunk, mert a figyelemzavar és konkrét gondolkodás miatt a páciensek bonyolult gondolatmeneteket nem tudnak követni. Teherbíró kapcsolat hiányában soha ne értelmezzünk! Ne értelmezzünk, ha a betegnek az túlzott szorongást okoz! Csak akkor értelmezzünk, ha valóban tudjuk miről van szó! Searles (1986) hangsúlyozza, hogy az interpretációt a viszontáttétel részeként kell felfogni. Csak akkor értelmez, ha kedvvel teszi, ha a terapeutában megért valami, amíg ez nincs, addig nem értelmez. Figyelmeztet, hogy a kényszeres interpretáció viszontáttételes agresszió eredménye lehet. Az interpretáció időzítése így legalább annyira a terapeuta viszontáttételének monitorozásán mint a páciens folyamatainak megfigyelésén múlik. Fontos szerepe van a konkretizációk értelmezésének dezorganizált páciensek esetében, ahol a konkretizációk acting-outokban, viselkedésbizarrériák-ban manifesztálódnak. A beteg ilyenkor szorong, agitált, esernyővel sétál a lakásban, hogy védekezzen a sugaraktól, kidobja a tárgyakat, mert befolyást észlel, köpköd, hogy a rossz szellemektől megszabaduljon. Ilyenkor igen nehéz a kapcsolat fenntartása, de folyamatosan értelmezési kísérleteket kell tenni, hogy a beteggel kapcsolatban maradjunk, s hogy igyekezzünk gátat szabni a viselkedési regresszióknak. Aki találkozott ilyen betegekkel tudja, hogy a legnehezebb és legszorongatóbb feladatok egyike ez. Az értelmezések sokszor hibásak, a beteg szorongását tovább fokozzák, de egy - egy jól sikerült interpretáció jelentősen csökkentheti a páciens dezorganizáltságát. Részesedni kell a pszichotikus gondolkodási folyamatokból, hogy követni tudjuk a beteget, ugyanakkor állandóan monitorozni kell a páciens, mert az ilyen beteg komoly veszélybe sodorhatja magát és másokat. Egy betegem bútorokkal barikádozta el a terápiás helységet, ahol ketten voltunk, hogy a kívülről jövő behatásoktól megóvjon bennünket, egy másik betegem csak a városban volt hajlandó találkozni velem, mert a klinika "rossz szellemekkel teli". Együtt lenni és értelmezni a konkretizációkat, szavasítani a pszichózist, ilyenkor döntő jelentőségű. Tudni kell, hogy lehet egy olyan szintű dezorganizáció, amely esetén segítséget

kell kérnünk, fizikai korlátozásra, erőteljesebb farmakológiai kontrollra lehet szükség. Ennek észbentartása elsősorban a viszontáttételes regresszió kezelése miatt fontos, mert ilyenkor a terapeuta átélhet olyant, hogy bármi történik, de nem fékezi meg farmakológiailag a beteget. Ez olyan regresszióba viheti a terapeutát, hogy elveszti kreativitását, hiába "bóklászik" a beteg után, mert úgysem képes változtatni. Ez azt jelzi, hogy a terapeuta "becsavarodott" a beteg projiciálta omnipotenciába, amely azonban valójában már egy terápiás "impotencia" csupán. Az omnipotencia - impotencia problematikájáról a viszontáttételben Searles (1965) ír. Ő közli egy saját terápiás álmát, ahol a két szó egymást váltogatta. Iyenkor szupervíziós segítségre lehet szükség, egy tapasztalt kollega józan tanácsai, reális meglátásai sokat segíthetnek, mégha egy lelkiismeretfurdalással teli döntés meghozatalához vezetnek is.

## 6. Ellenállás

Az ellenállás mindig megjelenik, de tudni kell, hogy ez a páciens utolsó kísérlete, hogy az Én-vesztést elkerülje (Benedetti, 1987). Az ellenállás megnyilvánulhat csend formájában. Javasolt nem hagyni a csendet sokáig, vagy mondjunk neutrális dolgokat, próbáljuk diszkréten szóra bírni a beteget, vagy mondjuk, hogy majd visszajövünk, s tartsunk szünetet. A hosszú csend fokozhatja a beteg negatívizmusát, mivel a terapeuta csendje hosszabb idő után általában hosztilis gondolatöredékekbe torkollik a viszontáttételben, amit a beteg a felbukkanó Self-érzet felduzzadt szerepe révén "megérez" (Tényi és mtsai, 2000, Garfiled, 2003). Ilyenek lehetnek, hogy a beteg meghal, hogy pszichoterápiásán nem elérhető és sok gyógyszer igényel, perverz fantáziák a beteggel kapcsolatosan, stb. A csend interpretációja nem javasolt, azt a betegek kritikaként, támadásként élik át.

## 7. Pszichotikus mechanizmusok kezelése .Az álom és az elszólás

A hallucinációkkal és téveszmékkal kapcsolatban alapvető, hogy ne fogadjuk el azok realitását, ne állítsuk, hogy hallunk hangot, vagy észlelünk üldözést, de ne érveljünk ellenük. A témával a dinamikus pszichiátriában részletesen Arieti (1974) foglalkozott. ő úgy vélte, hogy a betegek akkor hallucinálnak, amikor egy "hallgató attitűdöt" vesznek fel, s várják a hangokat. Emögött aktuális Self-reprezentációmozgás van, a beteg úgy véli inadekvát, utasításra, irányításra szorul. Ez az attitűd projekcióhoz vezet, amely a hanghallások megjelenését eredményezi. Arieti (1974) a "hallgató attitűdnek" a regisztrálására tanítja a betegeket, s annak felismerésére, hogy akkor becsmérlik, mikor értéktelennek érzi magát a beteg, akkor utasítják, amikor döntésképtelen. Hasonló leírását adja "a vonatkozási attitűd" és a vonatkoztatásos téveszme kapcsolatának. Will (1980) az ellentmondásmentességet hangsúlyozza a téveszmék genezisében, s ennek értelmezével látja megvalósíthatónak a téveszmés gondolkodás visszaszorítását. Az álmokkal kapcsolatban ismert, hogy akut pszichózisok során a beteg nem álmodik, ha a beteg ismét álmodik, az az Én-határok reintegrációjára utal (Ammon, 1971). Az álmok értelmezése csak a posztpszichotikus szakban ajánlatos. Fontos azonban az első álom megfigyelése, az ismétlődő álmok, s leginkább a terapeutával vagy szélesebb értelemben az áttétellel kapcsolatos álmok elemzése. A

szorongásos, erősen szimbolikus álmokból az elfojtás erősségére következtethetünk. Arieti (1974) nem lát jelentősebb különbséget schizophrének és neurotikusok, vagy normálisok álmai között. Az elszólások, elvetések, elfelejtések pszichotikus betegeknek nem értelmezendők, de gondos megfigyelésük számos fontos pszichodinamikai adattal szolgálhat (Fromm-Reichmann, 1950).

## 8. Integráció és "sealing over".

McGlashan (1976) nevéhez kötődik a schizophrén pszichózisból történő ki-gyógyulás két típusának leírása. Az egyik szerint a páciens a pszichotikus állapot megszűnte után is kapcsolatban marad pszichózisával, azt élete egy szakaszaként és nem idegentestként kezeli, kapcsolatot talál pszichotikus és nem-pszichotikus világa között, értelmezi önmagát. Ezt a típusú gyógyulást integrációnak nevezik. A másik típusú páciens értetlenül áll saját pszichózisával szemben, azt úgy tekinti mint ami nem is vele történt, ami egy idegen test a múltjában. Ezt a típust "sealing overnek", "lepecsételésnek" hívják. Megfigyelések szerint az integratív típusú betegek fogékonyabbak pszichoterápiára, prognózisuk kedvezőbb.

## **A szkizofrénia pszichodinamikus pszichoterápiájának jelen helyzete és perspektívái. Flexibilis pszichoterápia. A korai kezelésbevitel és a komplex intervenció.**

Ahogy tanulmánykötetünk számos más fejezetéből is egyértelműen látható, egyetlen kezelés sem képes befolyásolni azon számos és egymástól eltérő jellegű tünettant és hátrányt, amelyet a szkizofrénia okoz. A szkizofrén beteg kezelése során a terápiás erőfeszítéseknek komprehenzívnek, multimodálisnak és egyénre szabodtnak kell lennie. Világosan látni kell azt a klinikai evidenciát, hogy bár a szkizofrénia jelen pillanatban nem gyógyítható de a különböző farmakológiai, pszichoterápiás, rehabilitációs és közösségi pszichiátriai intervenciók mérsékelni tudják a betegség következményeit és javítják a betegek életminőségét. A nagyszámú ellátandó beteg fényében egyértelmű, hogy a szkizofrénia egyéni pszichoterápiája során különböző intenzitású munkát folytatunk ( Fenton, McGlashan, 2000). A szupportív betegvezetés és a megfelelően kialakított orvos-beteg kapcsolat keretében lehetőség nyílik a páciens tüneteinek megismerésére, a megfelelő együttműködés elérésére és a szükséges farmakológiai és pszichoszociális intervenciók bevezetésére. A betegek kisebb szelektált hányada esetén megfelelő személyi , intézményi háttér és szükséges terápiás időkeret megléte esetén lehetőség nyílik pszichodinamikus szempontok keretében folytatott munkára, amely elméleti kereteit és számos gyakorlati vonatkozását fejezetünkben már áttekintettük. Mind teoretikus mind gyakorlati szempontból a legtöbb dinamikus pszichiáter által képviselt konszenzus , hogy a teljes formájában kibomlott és nem prodromális szkizofrénia pszichoterápiás kezelése csak farmakoterápiával kombinált formájában képviseli a "megfelelő klinikai gyakorlat " ( Good Clinical Practice ) kritériumait, mivel hatalmas adathalmaz mutat rá a " nem kezelt pszichózis " ( duration of untreated psychosis) időtartamának negatív klinikai konzekvenciáira ( áttekinti Tényi, 2003 ).Az első epizódos akut szkizofrénia vonatkozásában kivételt a californiai Soteria modellkísérlet és annak berni

adaptációja képez ( Bola, Mosher, 2002 ) valamint a borderline vagy nárcisztikus személyiségstruktúrájú páciensek pszichotikus regresszióinak interperszonális pszichoanalitikus vagy self-pszichológiai kezelése képez ( Searles, 1986, Karon, 2003 ). Ennél lényegesebb, hogy a korai kezelésbevétellel kapcsolatos újabb érdeklődés az a terület, ahol a prodromában azonosított betegek gyógyszermentes pszichodinamikus pszichoterápiás, kognitív viselkedésterápiás és krízisintervenciós megközelítésének komoly perspektívái mutatkoznak elsősorban skandináv, német és ausztrál munkacsoportok tapasztalatai alapján (Alanen és mtsai, 2000, Larsen és mtsai, 2003, Gleeson és mtsai, 2003, Bachman és mtsai, 2003 ). Az egyéni igények szerint folytatott és a beteg állapotához illesztett és szükség szerint változtatott intenzitású ( intenzív vagy szupportív ) kezelési megközelítést Wayne Fenton alapján flexibilis pszichoterápiának nevezi a legkorszerűbb angolszász szakirodalom ( Fenton 2000, Fenton, McGlashan, 2000, Bachmann és mtsai, 2003 ), amelyet egy 2004-ben magyarul kiadott kézikönyvben mint a a szkizofrén betegek tömegei számára is elérhető egyéni pszichoterápiás megközelítést ajánlhatunk. A pszichodinamikus pszichoterápia hatékonyságával kapcsolatosan számos kritikai konzekvenciát összefoglaló tanulmány jelent meg ,azonban egyértelművé váltak ezen vizsgálatok ( a klasszikus 1968-as May vizsgálat, Chesnut Lodge Study ) módszertani hiányosságai valamint annak a ténynek a figyelmen kívül hagyása, hogy a szkizofrén betegek egyéni pszichoterápiája nagyban függ a terapeuta képzettségétől, a betegség stádiumától és annak kronicitásától ( összefoglalja Ver Eecke, 2003 ). Ver Eecke mutat rá, hogy az individuális pszichoterápia hatástalansága mellett érvelő un. metanalízisek számos a kezelés effektivitását bizonyító vizsgélatot egyszerűen figyelmen kívül hagytak mint a Michigan Study-t vagy Sidney Blatt Austen Riggs Center-ben folytatott és a Yale Egyetemen feldolgozott kimenetel vizsgálatait. Korrekt áttekintést nyújt 2000-ben Fenton, amely alapján a beteg igényeihez, tünettanához, betegségstádiumához illesztett flexibilis terápiájának elemeit kidolgozza és ismerteti. A National Institute of Mental Health megbízásából 1998-ban a Schizophrenia Patient Outcome Research Team (PORT) egy metaanalízist végzett a szkizofrénia kezelésével kapcsolatosan , amely egyoldalú és nem megalapozott állásfoglalást adott ki a Schizophrenia Bulletin hasábjain, amelyben a szkizofrénia kezelésében a pszichodinamikus pszichoterápiás és a családterápiás megközelítést mint kerülendő terápiás módszert adta meg (Lehmann, Steinwachs, 1998 ). Az elhíresült 22 -es és 26-os ajánlás hatalmas és negatív visszahangot váltott ki a nem egyoldalúan biológiai szemléletű klinikusok körében az egész világon. Az 1998-as PORT nem megalapozott kritikái eredményeként az 1956-ban alapított International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenias and other psychoses ( ISPS) széles körű aktivitást folytat a legkülönbözőbb orientációjú klinikusok és kutatók közreműködésével, amely révén a pszichológiai és pszichodinamikus kezelések hatékonyságának és helyének adekvát körülírása történik, s amely tudományos aktivitás révén máris az 1998-as egyoldalú PORT ajánlások közeljövőbeli revíziója várható ( Silver, 2003). A PORT ajánlások elleni tudományos ösztűz eredményeként az ISPS keretében a tradicionális interperszonalista pszichoanalitikusok (Silver, Karon, Benedetti, Garfield ), a korai intervencióval foglalkozó skandináv és ausztrál szkizofrénia kutatók ( McGorry, Falloon, Larsen ) és nagyhirű egyetemi intézetek klinikusai és kutatói ( Mundt és munkatársai, Heidelberg, Blatt és munkacsoportja Yale University ) az 1950-es évek óta nem látott összhangban foglalnak állást és hatalmas kongresszusok (Stavanger, 2002, Melbourne, 2003) keretében ismertetik azon bizonyítékokat, amelyek a szkizofrénia multimodális kezelése mellett szólnak.

## **A Self-érzetek pszichotikus torzulásainak korrekciójáról. Két esetrészlet.**

### **1. Beteg**

Az első esetrészlet egy paranoiás középkorú asszony gondozásának egy pillanatát mereviti ki. A beteg 14 éve áll pszichiátriai gondozás alatt, hozzám négy éve jár, mivel üldöztetési téveszméi hatására korábbi kezelőivel kapcsolatát megszakította, az ideggondozót nem keresi fel, így negyedik éve áll klinikánkon gondozás alatt. A gondozás első három évében elfogadva pszichotikus valóságát, miszerint ő a Katonai Ügyészség titkos ügynöke akit volt férje kokainnal és biológiai fegyverekkel üldöz, folyamatosan billegtetve orientációnkat a pszichotikus valóságtorzítás elfogadása és a realitás képviselete között, miszerint ő egy rokkant nyugdíjas volt jogász, aki pszichiátriai gondozásra szorul, sikerült a páciens együttműködését fenntartani, s bár krónikus pszichózisa végigkísérte, de a pszichoterápiás kapcsolatban a beteg megtartható volt, gyógyszerert elfogadott, rendszeres kapcsolattartásra volt képes. A gondozói kapcsolat krízisét eredményezte az, amikor egy három hónapos ösztöndíj kapcsán elhagytam az országot, és a beteg gondozását erre az időre egy kollégámra bízam. A beteg azt kezdte gondolni, hogy engem szándékosan távolítottak el az országból, hogy őt könnyebben támadhassák, gyógyszereit elhagyta, hospitalizációjára is sor került átmenetileg. Hazaérkezésem után a kapcsolatot újra felvettük, de a korábbihoz képest jóval gyanakvóbb, bizalmatlanabb volt velem, sejtette hogy tudja hogy miért mentem el, és vádolt azzal, hogy összejátszom azokkal, korábbi kezelői, férje stb. , akik az ő megölésére törekednek. Néhányszor eljött, de jelezte, hogy gyógyszert nem szed, majd a depo injekció dátumára sem jött, fokozatosan dekompenzálódott, majd állapota rosszabodásával fel kellett vennünk a klinikára. Ekkor kifejezetten elutasító volt velem szemben, ellenségének tekintett, majd a folyamatos kapcsolattartás és a gyógyszeres kezelés hatására bizalmatlansága és gyanakvása oldódott. Ekkor mesélte el, hogy fia, aki Budapesten él több éve, az én visszaérkezésem után nyaralásra a Közel-Keletre ment, ahol egy kisebb aknára lépett, amely miatt egy lábfejét amputálni kellett. Úgy gondoltam, hogy egy téveseszméről van szó, magamban erről meg voltam győződve, és azzal az általam jól ismert és sokszor eredményesen használt viszonyulással "fogadtam azt el", amit munkám során mindig alkalmazok, ha pszichotikus betegekkel foglalkozom. Bár gyanakvása kissé oldódott, de érezhető volt, hogy elbeszélünk egymás mellett, nincs közös hang, fél tőlem, látszott hogy tudja hogyha nem működik együtt akkor ismét osztályra kerül, ellenségként és nem társként kezelt. Külön problémát jelentett még, hogy a beteg rokkantosságának felülvizsgálata során, annak ellenére hogy én véleményemben egyértelműen leirtam, hogy nem tartom pszichiátriai betegsége miatt munkaképesnek, olyan "jó benyomást" tett a felülvizsgáló orvosra, hogy az csak 50 %-os munkaképességcsökkenést állapított meg, így de facto a páciens minden jövedelem nélkül maradt, azzal a tévgondolattal, hogy a Katonai Ügyészség alkalmazni fogja. Ezzel kapcsolatban úgy éreztem intézkednem kell, irtam a bizottságnak hogy vizsgálják felül a döntést, és ezt bár óvatosan de sejtettem a beteggel is. Ezt követően a beteg nővérével beszélve döbbenet hallottam, hogy a beteg fiával kapcsolatos történet realitás, állítólag több

napilapban is benne volt a hír. A következő alkalommal, a beteg bizalmatlansága - mielőtt bármit is mondtam volna - észlelhetően mérséklődött, és kapcsolatunk során először láttam sirni ezt a több mint egy évtizede mindent projekcióval elhárító asszonyt. Biztos voltam benne, hogy érzi rajtam azt, hogy jobban tudom mi a valóság és mi a pszichózis a fia körüli történetben. Egy kis asztal két oldalán ültünk egymás felé hajolva, megfogtam a kezét, majd megszólalva éreztem, hogy elcsuklik a hangom, ahogy nyíltá tettem magam és a beteg számára is, hogy most értettem meg, hogy ő azért akarta "úgymond" téveszmés alapról megszüntetni a rokkantnyugdíját, amivel eddig "semmi baja nem volt", mert a fia valóságosan rokkant lett, és ezt a fájdalmat már a valóság dühös téveszmés átírásával sem tudta elviselni. Magam is megdöbbsentem mikor ezt valahogy így kimondtam, hisz ez túl van azon az interpretációs aktivitáson, amit pszichotikus betegeknél, főként ennél a betegnél alkalmazni szokás, de a reakció látványos volt, negatív terápiás reakció helyett elfogadta az értelmezést és sirva adta ki fájdalmát fia miatt. Az áttételes- viszontáttételes helyzet komplex strukturája nem kerül itt teljes kifejtésre, például az a momentum, hogy a beteg apja ugyanabban a rosszindulatú betegségben halt meg mint az enyém, de a példa jól illusztrálja a ráhangolódás bálinti és az affektív hangolódás sterni koncepciójának megjelenését egy pszichózis terápia során előállott flash-helyzetben. Az esetrészlet úgy vélem szépen mutatja fel annak igazságát, amit Bálint arról ír, hogy a diagnosztikus és a terápiás flash egyidejűsége különösen hatékony, s szinte katartikus karakterű. A Self-szerveződési elmélet oldaláról tekintve az esetrészletet, az affektív hangolódás lényegi szerepére mutat rá a pszichoterápiás munkában.

## **2. Beteg**

Egy fiatal nőt még pályám kezdetén - mély autisztikus állapotban - kóros identifikációkkal kezeltem. Alig szólt, igen nehéz volt szóra bírni, lassan bontakozott ki, hogy úgy vélte családja, faluja meghalt, csak ő és egy Dénes nevű régi kedves ismerőse maradt életben. Egy idő után engem Dénesként azonosított, amit én elfogadtam, és úgy vélte, születésnapján halt meg a férje és az anyja. Ez az eset is olyan volt, amely igen próbára tett, sokszor éreztem, hogy minden tudásom és minden, ami vagyok benne van, mégis ez semmit sem ér, a beteg félhalott. Pszichózis pszichoterápiás gyakorlatunkban a pszichózisba való belépés központi jelentőségű mozzanat, így az ún. terápiás álmok, azaz a terapeuta álmai a beteggel kapcsolatban különösen fontos momentumok, amely során a terapeuta tudattalan dinamikája rajzolódik ki a beteggel kapcsolatban, s ezen álmok közlése és feldolgozása látványos diagnosztikus és/vagy terápiás flash-élményekhez vezet. A terápiás álmok és azok pszichoszintetikus funkciója már Jung majd később Benedetti pszichózis pszichoterápiás gyakorlatában is jelentős szerepet játszottak, akik a tudattalanok kommunikációját emelték ki ezen jelenségek értelmezésével kapcsolatban. Megjegyzem, hogy a viszontáttételes anyag felhasználásával kapcsolatos korábbi pszichózis pszichoterápiás tapasztalatok jól beilleszthetők mind a flash - élményre mind a sterni interperszonális megközelítésre központi hangsúlyt helyező terápiás gyakorlatba. Az esethez visszatérve, az első álmom az volt ezzel a beteggel kapcsolatban, hogy subclavia-kanült kötök be neki, magyarul nyakon szúrom, ami igazán nem tartozik a terápiás erősségeim közé, és a beteg üres szemekkel néz rám vissza. Az álmot, szorongásaimat a szuperviziós megbeszélés tárgyává tettem, ahol biztatást



kaptam, hogy az eset jól halad, kis javulás észlelhető, és meg fogom oldani azt. A következő álmom egy padláson játszódott, ahol megtaláltam a beteget halottan, megcsókoltam és ő feltámadt. Közöltem az álmot a beteggel, aki megszólalt, közölte, hogy nem él. Ekkor többször felhúztam az ágyról, és azt mondtam neki, hogy újra él. Ekkor a beteg nevetni kezdett, mozgatni kezdte a lábait, és azt mondta, hogy talán mégis él, hiszen mozog. Ez a viszontlátételes álom és a reakció azt példázza, hogy a Self-működését és Self-koherenciáját elvesztő beteg kezelése során a Self-mag szintjén létesített kapcsolat hogyan képes korrigálni egy terápiás megvilágosodás, azaz flash-élmény keretében a beteg torzult Self-mag érzetét. A pszichózisok pszichoterápiája során kialakuló intenzív és egyben kuratív viszontlátétel háttere az, hogy az interszónális kapcsolatban, amely az orvos és a beteg között kialakul, a páciens súlyosan torzult vagy hiányzó Self-mag érzetével kapcsolatba kerülve, a terapeuta Self-mag érzete is átmenetileg átalakul, illetve úgy mondhatjuk, hogy igazodik a páciens szélsőséges Self-mag érzetéhez. Ezen folyamat a Bálint által leírt flash-élmények formájában történik. Izgalmas az is, ahogy ebben az esetben a terápiás flash kollektív kulturális mátrixát a Csiprerózsika meséjével való hasonlóság kirajzolja.