

Schmelowszky Ágoston

Pszichoanalízis

a gyógyító kapcsolat tudománya



Schmelowszky Ágoston

PSZICHOANALÍZIS, A GYÓGYÍTÓ KAPCSOLAT TUDOMÁNYA

Annának, Kirának és Dávidnak

Schmelowszky Ágoston

**Pszichoanalízis,
a gyógyító kapcsolat
tudománya**

Budapest, 2025

A kötet az ELTE PPK Pszichológiai Intézetének támogatásával, illetve az ELTE tankönyv- és jegyzettámogatási pályázatán elnyert forrás felhasználásával jelent meg.

© Szerző, 2024

ISBN 978-963-489-782-8

ISBN 978-963-489-783-5 (pdf)

DOI 10.21862/Pszichoanalizis/2025/7828



ELTE | EÖTVÖS
KIADÓ
Az ELTE bízatos könyvkiadója



ELTE | PPK

eltebook.hu

Felelős kiadó: az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar dékánja

Projektvezető: Csanádi-Egresi Nóra

Kiadói szerkesztő: Bobály Ilona

Borító, tipográfia: Balázs Andrea

Tördelés: Posta János

Nyomdai kivitelezés: Multiszolg Bt.

Tartalom

Előszó	9
Általános bevezetés: a lelki gyógyítás főbb paradigmái, a pszichoanalízis meghatározása és helye a paradigmák között	15
Rendszerszemlélet	17
Pszichodinamikus szemlélet	23
Kognitív szemlélet	28
A klinikai pszichológiai megközelítések kapcsolata a hivatalosan használt diagnosztikai rendszerekkel (BNO, DSM)	29
A pszichoanalízis a klinikumban	31
Bevezetés	31
A pszichopatológia és a pszichodiagnosztika alapelvei pszichoanalitikus szemmel	34
Pszichopatológia a fejlődés tükrében	34
A pszichodinamikus diagnosztika kézikönyve és a személyiségdiagnózis alapfogalmai	40
A személyiségdiagnosztikai gondolkodás	50
A pszichoanalitikus szemléletű pszichodiagnosztika alapelvei	52
A pszichoanalitikus terápia keretképző tényezői: az idő, a tér és a pénz	62
Az idő a terápiában	62
Az idő a pszichoanalitikus helyzetben	67
Az időgyilkosság, azaz amikor az időélmény torzulása központi jelentőségűvé válik	70
Az időgyilkosság fogalma	72
Az analízis későbbi szakasza	76

A tér szimptomatikus megnyilvánulása és a tér mint szimbólum ...	79
A tér szimptomatikus megnyilvánulása	79
A tér mint szimbólum	82
A pénz jelentése és szerepe a terápiában	85
A pénzről általánosságban	85
A pénz szerepe és jelentése a terápiás helyzetben	87
A trauma és a pszichózis pszichoanalitikus értelmezései és kezelési lehetőségei	92
A trauma pszichoanalitikus megközelítése	92
A pszichoanalitikus szemlélet általános szempontjai	92
A traumát magyarázó pszichoanalitikus elméletek	97
Lényegesebb terápiás szempontok	99
Standard analitikus esetpélda	106
A pszichózisok pszichoanalitikus nézőpontból	109
Diagnosztikai szempontok	110
Etiológia és patogenezis	113
A pszichotikus betegek pszichoterápiájának pszichoanalitikus szempontjai és lehetőségei	119
Zárógondolatok	125
Az idegtudomány találkozása a pszichoanalízissel	127
Bevezetés	127
A neuropszichoanalízis-vita	128
A vita háttere	128
Érvek a neuropszichoanalízis mellett	132
Érvek a neuropszichoanalízis ellen	135
Néhány gondolat a neuropszichoanalízisről folyó vita tágabb érvényességéről	139
Az empirikus álmokutatás és a pszichoanalitikus álomelmélet	142
A pszichoanalitikus álomelmélet változása	142
Az empirikus álmokutatás újabb eredményeiről	145
Konvergenciák	148
Pszichoanalitikus identitás és képzés	153
Bevezetés	153
Identitás és szakmai személyiség	153
Az analitikus személyiség fogalma	156
Kultúrtörténeti kitekintés	158

Erikson és Kernberg identitásfogalma	160
A kölcsönösségre nyitott beállítódás (<i>coparticipant inquiry</i>)	163
Esetrészlet	165
A történetek megvitatása	166
Összefoglalás	167
A pszichoanalitikus-képzés nehézségei	168
A kiképző analízis története	169
A kiképző analízissel és a kiképző analitikus státusszal kapcsolatos tapasztalatok	171
Zárógondolatok: a pszichoanalízis kihívásai a 21. században	177
Irodalomjegyzék	181
Név- és tárgymutató	205

ELŐSZÓ

Közismertsége dacára a pszichoanalízis egy gyakran félreismert és félreértett diszciplína. Sokszor tapasztaltam még a mentális egészségügyben vagy az akadémiai pszichológia berkeiben járatos kollégák részéről is, hogy olyan jelenségeket azonosítanak a pszichoanalízissel, amelyek valójában nem tartoznak hozzá, vagy éppen fordítva: nem tudatosul bennük, hogy egy terápiás technika, fogalom vagy szemlélet valójában a pszichoanalízisből származik. És bár a pszichoanalitikus szimbólumok – Freud díványa és a róla készült szivarozó portréfotó – elterjedt jelképei általánosságban a pszichológiai szemléletnek, gyakori az a tévképzet, hogy a pszichoanalízis valami múlt századi tünemény, amelynek a 20. század első felében volt még létjogosultsága, mára azonban már teljesen idejét múlta, fogalmait megcáfolta a tudomány, gyakorlata pedig hosszadalmassága és alacsony hatékonysági mutatói miatt teljesen felszámolódott. Külföldi pszichológushallgatóktól többször hallottam, hogy nekik azt tanították, a pszichoanalízis valójában már nem is létezik, és ami hasznos volt belőle, azt egyéb pszichológiai, terápiás iskolák magukba olvasztották és viszik tovább.

Mindez sajnálatos, és magyarázatra szorul. Sajnálatos két okból is. Egyrészt azért, mert nem igaz, hogy a pszichoanalízis megszűnt. Épp ellenkezőleg: a pszichoanalitikus szakmai közösség nagyon is élő, miként azt a világban számtalan pszichoanalitikus szervezet és az ezek jelentős részét nemzetközileg összefogó, még Sigmund Freud által 1910-ben alapított világszövetség, az IPA (International Psychoanalytical Association) tudományos, szakmai és társadalmi aktivitása bizonyítja. Másrészt sajnálatos azért, mert bár igaz, hogy a 20. század első feléhez képest a pszichoanalízis hatása, elsősorban a mentális egészségügyben betöltött szerepe jelentős mértékben csökkent, ez a csökkenés – véleményem szerint – nem a pszichoanalízis értékének relativizálódása miatt következett be. Épp ellenkezőleg. Meggyőződésem, hogy a pszichoanalízis több szempontból is nagyon aktuális a 21. század mentális egészségügye és általában a társadalmak lelki jólléte számára.

A pszichoanalízis hozzájárulása az általános mentális egészségügyhöz a következőkben foglalható össze: a pszichoanalitikus-képzés nemcsak elméleti ismeretek elsajátítását jelenti, hanem mélyebb önismeret megszerzését és ezáltal lelki problémáink feldolgozását is. Páciensekkel dolgozva a szakember sokszor tapasztalhat fokozott lelki terhelést. Ez abból fakad, hogy az interakciók során a páciensek problémái valamilyen asszociatív vagy akár közvetlenebb módon saját lelki problémáit juttatják eszébe. Minél kevesebb lelki terhet hordoz tehát a szakember, annál könnyebben tudja majd a sikeres kezeléshez nélkülözhetetlen empatikus és érdeklődő kapcsolatot fenntartani a pácienssel. A pszichoanalitikus szupervíziós munka pedig megnyitja a kapukat a páciens tünetei mögött húzódnó mélyebb lelki történések és társas interakciók megértése¹ felé.

Valamilyen szintű pszichoanalitikus-képzettség és önismereti tapasztalat tehát akkor is hasznos lehet, ha a szakember nem válik pszichoanalitikussá. Ami pedig a páciensek terápiáját illeti, egyrészt vannak olyan kóros lélektani jelenségek, amelyek enyhítése vagy gyógyítása csak a személyiség egészével foglalkozó, nyílt végű, nagyobb intenzitású terápiáktól várható. Ezeknek az eseteknek egy részében a standard analitikus helyzet – heti 3–5 találkozás, a páciens számára fekvő testhelyzet és a regresszív tartalmakat elsősorban célzó, szabad asszociatív beszédmód – jelenti a leghatékonyabb eljárást. Más esetekben az analízis módosított változata – heti 1–3 találkozás, szemtől szemben ülő elrendezés és a hétköznapi társalgást inkább megközelítő beszédmód – a legmegfelelőbb. Ilyen hosszú és intenzív pszichoterápiákat alaposabb analitikusképzettség híján nagyon nehéz – talán lehetetlen is – színvonalasan végezni.

Vannak továbbá a pszichoanalízisből eredő egyéni pszichoterápiák, amelyek megalkotói olyan pszichoanalitikusok vagy pszichoanalitikus-képzettségű szakemberek, akik a pszichoanalízistől többé-kevésbé eltávolodva önálló fogalmi apparátussal és képzési rendszerrel bíró irányzatot hoztak létre. Az áttételfókuszú pszichoterápia (TFP) és a mentalizációalapú pszichoterápia (MBT) talán a legismertebb ezek közül, de idetartoznak a pszichodinamikus rövid terápiák is. A jövő talán megmutatja majd, hogy egészen önállóan, a pszichoanalitikus háttértől immár teljesen függetlenül mennyire maradnak életképesek és hatékonyak ezek a terápiás irányzatok. Az is lehet, hogy erre sosem derül majd fény, mert a TFP, az

1 A szövegben a páciens szót használom a szintén elterjedt kliens helyett, mivel az előbbi tükrözi a klinikai helyzetből fakadó szerep jellegét, nevezetesen azt, hogy az egyik fél problémával van jelen, kiszolgáltatott és segítségre vár (a görög *paszkhó* = szenvedni igéből). Ezzel szemben a kliens szó hangulata idegen a klinikai helyzetet meghatározó hangulattól. A szó eredeti jelentése (latin *cliens* a. m. pártfogolt, hűbéres, alattvaló) egyértelművé teszi a szó klinikai helyzetre történő alkalmazásának abszurditását.

MBT és a rövid terápia gyakorlói között mindig elegendő számú pszichoanalitikusan képzett szakember lesz majd.

A teljesség kedvéért meg kell emlékeznünk a pszichodinamikus szemléletben folytatott csoport-, pár- és családterápiákról is. Ezek gyakorlói között meg lehetőségen nagy számban találunk pszichoanalitikus-képzettséggel rendelkező szakembereket, akik csoportmunkájuk mellett egyéni páciensekkel is dolgoznak pszichoanalitikusként vagy pszichodinamikus pszichoterapeutaként. Végezetül pedig, mivel a pszichoanalitikus-képzés az embert – és nem a tünetcsoportot – előtérbe helyező, empatikus kommunikációra érzékenyít, megalapozhatja a pácienssel való sikeres együttműködést olyan esetekben is, ahol a pszichoterápia nem vagy nem elsődlegesen választandó kezelési mód.

A mentális egészségügyön túl a pszichoanalízis általánosabb lehetőségeket hordoz magában a békés egymás mellett élés elősegítése, azaz a destruktív közösségi és társadalmi folyamatok megértése és kezelése szempontjából. Vamik Volkan agresszív társadalmi konfliktusok megértését és kezelését célzó, valamint Stuart Twemlow iskolai agresszió kezelésére kidolgozott elméleti és gyakorlati munkássága kimagasló és követendő példái a pszichoanalízis ilyen irányú alkalmazási lehetőségeinek.

Ha azonban az elmondottak igazak, akkor joggal tehetjük fel a kérdést: mi okozhatja, hogy a pszichoanalízis a fejlett, nyugat-európai és angolszász országokban is jelentősen vesztett ismertségéből és elismertségéből az elmúlt ötven évben? Véleményem szerint a válasz leginkább abban keresendő, hogy a mentális egészségügyben dolgozók érthető módon a gyorsabban és olcsóbban elsajátítható módszereket részesítik előnyben képzésük során, már csak azért is, mert a kezelés fő irányát a farmakoterápia jelenti. Ennek kiegészítéseként pedig könnyebben alkalmazhatók a rövid tünetorientált és/vagy szupportív terápiák. A képzési érdeklődés eltolódása közvetlenül hozza magával, hogy a hivatalos képzéseket nyújtó intézményekben, egyetemeken, szakirányú továbbképzéseken egyre kisebb lesz azoknak a száma, akiknek hiteles tudásuk van arról, hogy mi is a pszichoanalízis. További okként említhető a kutatás és a kezelés finanszírozásának kérdése, illetve – ezzel összefüggésben – még az is, hogy a pszichoanalitikusok elsősorban gyógyító gyakorlatot folytató szakemberek, akik leginkább magánpraxisban dolgoznak, csak elenyésző hányaduk foglalkozik intézményes keretek között oktatással vagy kutatással. A helyzetet tovább bonyolítja, hogy a hosszú ideig tartó, mély és bizalmi kapcsolaton alapuló terápiák empirikus kutatása sok módszertani nehézséget vet fel, így nem könnyű, bár korántsem lehetetlen az ilyen típusú terápiák hatékonyságának bizonyítására empirikus adatokat felsorakoztatni (Kalita & Chrzan-Detkos, 2017; de Maat et al., 2013).

A pszichoanalízis egészségügyi és társadalmi haszna mellett szólnunk kell még a pszichoanalitikus-elméletek és a hozzájuk kapcsolódó fogalmak jelentőségéről. Gyakran tapasztalható, hogy a pszichológiai képzéseken tanultak és a hétköznapi klinikai munkában szerzett tapasztalatok között szakadék tátong: a pszichológiai szemlélettel dolgozó szakember rendszeresen érezheti, hogy a tanulmányai során elsajátított elméletek és fogalmak nem egykönnyen használhatók a gyakorlati klinikai munkában. Ha klinikusként boldogulni akar, akkor szükségképpen a biomedikális megközelítéshez illeszkedő, leíró diagnosztika szemléletére kell váltania, amennyire csak képes. A váltás során azonban könnyen elvesz az érték, amelyet a pszichológiai szemlélet a lelki zavarok megértésében és gyógyításában hozhat. Tekintve, hogy a pszichoanalitikus-elméletek jelentős mértékben járultak hozzá az általános fejlődéslélektani és személyiség-lélektani ismereteinkhez, és mára mintegy észrevétlenül váltak a lelki fejlődésről és személyiségről való gondolkodásunk alapjává, a klinikai pszichoanalízis fogalmi eszköztára és elméleti megközelítései hidat képezhetnek az általános pszichológiai ismeretek és a lélektani megközelítést hangsúlyozó klinikai gyakorlat között.

Ezeknek a szempontoknak a figyelembevételével könyvemben a kortárs pszichoanalízis elméletét és gyakorlatát igyekszem bemutatni, aktuális ismeretek összefoglalásán és konkrét példákon keresztül. A könyv felépítése a következő: a bevezető fejezetben a mentális egészségügyben alkalmazott másik két fő pszichológiai paradigmával – a rendszerszemléleti és a kognitív-vielkedésterápiás megközelítéssel – együtt mutatom be a pszichodinamikus-pszichoanalitikus szemlélet alapelveit. A rész célja, hogy tágabb perspektívába helyezve definiáljam a pszichoanalízist. Ezek után a könyv három részre oszlik.

A klinikai alkalmazásokról szóló, első részben először a pszichodinamikus diagnózis megalkotásának alapelvei, majd a terápiás keretek alapfogalmai – utóbbiak konkrét és szimbolikus megnyilvánulásaikban – kerülnek bemutatásra. Ezt követően két klinikai jelenségcsoport, a traumák és a pszichózisok pszichoanalitikus megközelítéseit foglalom össze.

A második részben a kortárs pszichoanalízis és a modern idegtudomány kapcsolatáról írok, két konkrét példa bemutatásán keresztül. Az első a kortárs pszichoanalízis fontos, de a szűkebb szakmán belül vitatott irányáról, a neuropszichoanalízisről szól, a második pedig az álmodás folyamatáról és az álmokról. Ez utóbbi fejezetben bemutatom, hogyan változott az álmok megítélése és értelmezése a pszichoanalízisben, és miként hatott az idegtudomány szemlélete erre a változásra.

A harmadik rész első fejezetében a pszichoanalitikus szakember identitásának kialakulásáról és a szakmai identitás sajátosságairól írok. A második fejezet

a szakmai identitás kialakítását célzó képzés nehézségeit vizsgálja a kiképző analízisekkel és a kiképző analitikus státusszal összefüggő problémák bemutatásán keresztül.

Befejezésül néhány gondolatot fogalmazok meg a pszichoanalízis 21. századi kihívásairól.

A könyvben található elméleti hangsúlyú gondolatmeneteket, ahol csak adódott, saját tapasztalatomból származó gyakorlati példákkal illusztráltam.

Az előszót néhány alapvető fogalom használatára vonatkozó kérdés rövid tisztázásával zárom. Az első rögtön a *pszichodinamikus*, *pszichoanalitikus* szavakat illeti. Az elméletek és a diagnosztikai gyakorlat szempontjából az 1980-as évektől a két jelző szinonimának tekinthető (Westen & Gabbard, 1999); a mentális egészségügyben inkább az előbbi terjedt el. A pszichoterápiás gyakorlat szempontjából azonban a pszichodinamikus kifejezés tágabb kategóriát jelöl. Magában foglalja nemcsak a – jelenleg leginkább magánpraxisban gyakorolt – standard pszichoanalízist, hanem az erre elméleti szempontból és technikailag egyaránt építő különféle pszichodinamikus terápiákat is. Magyarországon a pszichodinamikus pszichoterápia kifejezés helyett inkább a pszichoanalitikusan orientált megjelölést használjuk.

A szavak eredetéről is érdemes néhány szót ejtenünk. A pszichoanalízis kifejezés a görög lélek (*psziché*) és feloldás, elemzés (*analüsis*) szavak összetételéből áll, és nyilvánvalóan hordozza az alapító, Sigmund Freud világgépének pozitivistá optimizmusát, nevezetesen azt a hitet, hogy a tudás az élet megjobbításának eszköze. Esetünkben ez azt jelenti, hogy a lélek problémáinak megértése egyben a probléma megoldásához és a gyógyuláshoz is elvezet. Az európai eszmetörténet távlatából tekintve ez a szemlélet a szókratészi–platóni gondolkodással rokon.

A pszichodinamikus kifejezés arra a klinikai tapasztalaton alapuló szemléletre utal, amely szerint az emberi lélek nem monolit képződmény, hanem egymással intenzív kapcsolatban, sokszor konfliktusban álló részek alkotják. Az intenzív kapcsolatnak ereje van, ezért tekinthetjük dinamikusnak, a görög *dünamisz*: erő szóból.

Mivel a könyv egyes fejezeteiben különféle szempontokból közelítem a pszichoanalízis elméletét és gyakorlatát, a pszichodinamikus és pszichoanalitikus jelzőt általában szinonimaként használom. Alkalmanként azonban a kettő közötti különbségnek jelentése lehet, amelyet, ha nem lenne magától értetődő, a szövegben egyértelművé teszek.

Az áttekinthetőség kedvéért fontos még megjegyeznem, hogy a lélek szót tudományos értelemben, az ember pszichés működése összességének megjelölésére használom, az angol *mind* megfelelőjeként. Ebben az értelemben szinonimaként alkalmazom a könyvben a *lelki*, *pszichés*, *pszichológiai* és *mentális* kifejezéseket.

Mivel pedig a személyiséget a lelki működés egyéni, aránylag stabil megnyilvánulási formájának tekintem, ezért a személyiség szó is gyakorlatilag az előbbiek szinonimájaként értendő.

A kötet megjelentetéséért Demetrovics Zsolt professzornak tartozom köszönettel. Remélem, hogy könyvem hozzájárul a kortárs klinikai pszichoanalízis jobb megértéséhez!

Általános bevezetés: a lelki gyógyítás főbb paradigmái, a pszichoanalízis meghatározása és helye a paradigmák között

A pszichológiai szemléletű klinikumban használatos elméletek és a belőlük származó gyakorlat három fő paradigma – a rendszerszemlélet, a pszichoanalitikus és a kognitív-viselkedéses² – egyikéhez tartozik, illetve velük hozható kapcsolatba. A rendszerszemlélet a bio-pszicho-szociális modell háttérelméletének tekinthető (Bolton & Gillett, 2019), és azt a legtágabb vonatkoztatási rendszert jelenti, amelybe a másik két szemlélet elhelyezhető. A pszichodinamikus szemlélet a személyiséget helyezi a pszichopatológiai gondolkodás középpontjába (Fonagy & Luyten, 2012). Mivel pedig, pszichológiai szempontból tekintve, a tünet a személyiség egyensúlyvesztésének a megnyilvánulása, ezért a pszichodinamikus megközelítés teszi közvetlenül elérhetővé a tünetek kialakulásának és jelentésének pszichológiai megértését. A kognitív szemlélet számára az információ feldolgozásának sajátos módja az ember legfontosabb jellegzetessége, így ez a szemlélet a személyiségnek erre a funkciójára helyezi a hangsúlyt (Clark et al., 2009). Kezdetben elsősorban a depresszió (Beck et al., 2001), majd a DSM-IV első tengelyén tárgyalt zavarok megértéséhez, újabban pedig – integrálva a kötődésemélet és a pszichoanalitikus tárgykapcsolat-elmélet egyes elemeit – mint sémaelmélet, a személyiség általánosabb problémáinak pszichológiai megértéséhez járul hozzá (Young et al., 2003).

A következő oldalakon összefoglalom a három paradigmát, majd kitérek arra, miként illeszkedhetnek ezek a DSM és a BNO által megjelenített, leíró jellegű

2 Az egyszerűség kedvéért „kognitív”-ként hivatkozok rá.

diagnosztikai gondolkodáshoz. Tárgyalásomban végig a pszichoanalitikus fogalmakat igyekszem kidomborítani, megmutatva, hogy miként társíthatók a két másik szemlélet által megfogalmazott gondolatok a pszichoanalitikus elméletekhez vagy feleltethetők meg a pszichoanalitikus szerzők által megalkotott fogalmaknak.

A pszichodinamikus és a kognitív szemlélet alkotja a pszichológiai hangsúlyú klinikai munka két alappillérét, legyen szó akár diagnosztikáról, akár terápiáról. Bár e két paradigma tudománytörténetileg és fogalmi apparátusuk tekintetében aránylag könnyen elkülöníthető, az utóbbi évtizedek azt mutatták, hogy inspiráló hatást gyakorolhatnak egymásra. Fogalmaik egy része egymásnak megfeleltethető, elméleteik és gyakorlatuk pedig kiegészítheti egymást.

A harmadik paradigma, a rendszerszemlélet leginkább a családokkal való pszichoterápiás munka során került alkalmazásra, jelentősége azonban túlmutat a családterápia keretein. Egyrészt ráirányítja a figyelmet arra, hogy a páciens lelki működésének részei valójában egységet képeznek, elősegítve ezzel a két fő klinikai paradigma – a pszichodinamikus és a kognitív – közötti kapcsolatépítést (Smith-Ačuna, 2011). Másrészt pedig segít bennünket abban, hogy a páciens lelki történéseit a biológiai és társadalmi, kulturális és spirituális létével dinamikus egységben lássuk, és mindezek kapcsolati vonatkozásait a diagnosztikai vagy terápiás helyzetben figyelembe vegyük (Campbell & Rohrbaugh, 2006). Gyakorlatiasabban fogalmazva, a rendszerszemlélet talaján állva tehetjük fel tudatosabban és elméletileg megalapozottabban a kérdést: mennyiben segít egy adott klinikai kép tisztázásában vagy egy terápiás helyzet megoldásában a kognitív, és mennyiben a pszichodinamikus nézőpont, terminológia és technika, továbbá mennyire kell, illetve lehet a tisztán pszichológiai nézőpont mellett a páciens egyéb – fizikai, társadalmi, szellemi – beágyazottságát figyelembe venni, és a kezelés érdekében felhasználni? Mivel a klinikai munka szempontjából a rendszerszemlélet képezheti a közös alapot a két másik paradigma számára, és segítheti a kapcsolódást egyéb, nem pszichológiai – biomedikális, szociológiai – nézőpontokhoz, ezért ennek összefoglalásával kezdem. Ezek után a pszichoanalitikus szemléletet úgy vezetem be, hogy az e részben leírtak egyben a könyv későbbi fejezeteinek megértését is megkönnyítsék. A bevezetést a kognitív szemlélet rövid ismertetése zárja.

Rendszerszemlélet

A rendszerszemlélet a rendszerek szerveződésével és működésével a foglalkozik. A rendszert olyan jelentést hordozó egységként definiálhatjuk, amelynek fennmaradása az alkotó részek kölcsönhatásától függ (Smith-Aćuna, 2011). A rendszerszemlélet klinikai munkára alkalmazott alapelveit az alábbi nyolc pontban foglalhatjuk össze:

1. *A többszörös perspektíva elve:* nincs kizárólagosan helyes, objektív nézőpont. A szakembert meghatározza a saját beállítódása, és ez a beállítódás sokszor döntő mértékben befolyásolja, milyen képet alkot a páciensről (diagnózis), és miként látja a segítségnyújtás legmegfelelőbb módját (terápiás indikáció). Azaz a diagnózis és a terápiás indikáció sosem objektív.

A terápia hangulatát és a terapeuta részvételének módját is meghatározhatja az a beállítódás, elméleti keret, amelyben pácienséről és általánosságban az esetvezetésről gondolkodik (Ornstein, 2015). Beállítódásának meghatározottságát a terápia folyamatában a pszichoanalitikus elméletalkotók a viszontáttétel fogalmával jelölik.

A többszörös perspektíva alapján is értelmezhető a pszichoterápiás beállítódás egy fontos mozzanata, a nézőpontváltás, amelynek a képességét a pszichoanalízis leginkább talán a mentalizáció fogalmával ragadja meg (Allen et al., 2008). Arról a készségről van szó, amelynek segítségével páciens és terapeuta képesek ugyanarra az emberi helyzetre különböző nézőpontokból tekinteni, illetve azt mérlegelni.

2. *Az egész több, mint a részek összessége.* Élő, nyílt rendszerek vizsgálatánál figyelembe kell vennünk, hogy az egyes részek ismerete és kontrollálása nem jelenti az egész ismeretét és kontrollálhatóságát. Diagnosztikai szempontból ez azt jelenti, hogy egy diagnózist sosem tekinthetünk véglegesnek. A páciens állapota és ezáltal diagnózisa az életút, de egy hosszabb pszichológiai kezelés során is folyamatosan változhat. Továbbá, mivel a diagnózis megalkotásának folyamata során és a kezelési helyzetben a páciens és a terapeuta egy rendszert, diádot alkot, ezért, mint azt említettük, a szakember sosem független, objektív szemlélő, hanem aktív részese a folyamatnak. Hosszabb terápiák során a diádikus helyzet mintegy létrehozza saját lelki tartalmait, amelyeket a pszichoanalízis interszubjektív-kapcsolati megközelítése összefoglalóan „pszichoanalitikus harmadik”-nak nevez (Ogden, 1994, 2004c).

3. *A kontextuális kapcsolódások elve*: mint minden nyílt rendszer, úgy a páciens és a terapeuta is a környezettel folytatott cserefolyamatokon keresztül tartja fenn egyensúlyát. Ez folyamatos információcserét jelent (Luhmann, 2008), amely a klinikai helyzetben úgy nyilvánul meg, hogy páciens és klinikus kölcsönösen hatnak egymásra. A pszichoterápia szempontjából fogalmazva ez azt jelenti, hogy bár a terápia célja a páciens változása, változás a terapeutában is végbemegy. Ha kellő szakmaisággal vesz részt a terápiás folyamatban, akkor a változás számára is hasznos, és a páciensek számára felhasználható tudás lesz. Egyszerűen fogalmazva: folyamatosan tanulunk pácienseinktől (Casement, 1985), sőt alkalmanként ők a legjobb szupervízoraink. A tanulás nemcsak a terapeuta technikájának vagy diagnosztikai ismereteinek fejlődését jelenti, hanem – főleg a hosszú, a személyiség mélyebb rétegeit érintő terápiák esetén – a terapeuta személyiségének egyes elemei is változhatnak. Például indulatos pácienssel dolgozva a terapeuta indulatkezelési készsége is javulhat. A kontextuális kapcsolódások elve azonban veszélyt is jelenthet a klinikusra nézve: ha nem képes az új tapasztalatokat tanulási folyamat részeként megélni, és a páciensből ráható, változtató erőnek folyamatosan ellene tart, akkor nemcsak az adott terápiában válik majd könnyen görcsössé, elzárkózóvá vagy érzéketlenné, hanem szakmai személyisége, sőt személyiségének általánosabb, nem szakmai részei is könnyen torzulhatnak. Ilyenkor megnövekszik a kiegész veszélye.

4. *Az ok-okozat összefüggés mindig komplex. A cirkularitás, a multikauzalitás, a változás szempontjából pedig az ekvifinalitás elvével írhatjuk le.*

A patogenezis szempontjából a multikauzalitás azt jelenti, hogy egy adott okból, például traumából, nem egyenes úton és nem kiszámítható módon következik a lelki zavar, hanem egy patológiás állapot létrejöttéhez különböző okok összjátéka szükséges. A cirkularitás elve alapján pedig a lelki zavar kialakulását egy olyan ördögi kör eredményének láthatjuk, amelynek során a vulnerábilis személy kvázi hívja, létrehozza, illetve felerősíti a számára káros helyzeteket. Akár azért, hogy a belső feszültségtől így, a külvilágot bevonva megszabaduljon, akár azért, mert reméli, hogy a külvilágban szerzett tapasztalat cáfolja majd félelemteli hiedelmeit. Mivel azonban a hétköznapi világ, emberi viszonyai nem terápiás célok és keretek szerint szerveződnek, ezért a problémák ilyen, externalizáló megoldása csak ritkán vezet tartós sikerhez. Leggyakrabban a trauma egyszerűen megismétlődik, és a vulnerábilis személy állapota csak tovább romlik.

A pszichoanalitikus fogalmak közül a kommunikációként megnyilvánuló projektív identifikáció ragadja meg ezt a jelenséget. Ennek során a személy nem pusztán kivetíti a másokra saját lelki tartalmait, hanem úgy is kommunikál

a másikkal, hogy az illető előbb vagy utóbb valóban úgy kezdjen el viselkedni vele, ahogy a személy azt tudattalanul elvárja tőle.

Végezetül, az ekvifinalitás elve pszichoterápiás szempontból azt jelenti, hogy a kívánt változáshoz több út vezet. A változás tudatos és tudattalan, explicit és implicit, személyen belüli és személyközi, illetve terápián belüli, valamint azon kívüli tényezők egyedi összejátékán múlik. Ezért reprodukálhatatlan a terápiás folyamat, ezért nem lehet automatikusan alkalmazni terápiás technikákat, ezért kíséri bizonytalanság a pszichoterápiás indikációt, és ezért is nehéz a pszichoterápia empirikus kutatása.

5. A rendszerekben egyszerre vannak jelen a változás irányába és az ellene ható folyamatok. A terápiával szemben megnyilvánuló ellenállást tehát tekinthetjük a megszokott állapot – azaz a homeosztázis fenntartására irányuló – törekvésnek.

A rendszerszemlélet szerint kétfajta változást különböztethetünk meg. Elsőrendű változás esetén a viselkedés és a kommunikáció változik, a rendszer szerkezete és szabályai változatlanul maradnak. A másodrendű változás a rendszer alapvető újraszervezését jelenti. Belátható, hogy a rövid, tünetorientált terápiák inkább az elsőrendű változást hivatottak elősegíteni, míg hosszú terápiák szükségessége akkor merül fel, ha a másodrendű változás, azaz a személyiség működésének tartósabb és több területet érintő átalakítása a fő célkitűzés. A változás tempója és jellege, azaz hogy lassan, kis lépésekben, vagy gyorsan és hirtelen következik-e be, minden esetben más. Éppígy egyedi és előre nem bejósolható, hogy milyen az első- és a másodrendű változás egymáshoz való viszonya, azaz hogyan jelennek meg, és miként hatnak egymásra.

6. A rendszer hierarchikusan, lényegében egymást tartalmazó, önálló egységekből épül fel. Minden egységnek külön identitása, önálló minőségei, szabályai vannak, így megközelítésük is az adott szintnek megfelelő kell hogy legyen. Minden rendszer része a fölötte állónak, így rész és egész is egyben.

Az ember esetében mindig két, egymásra épülő rendszerről beszélhetünk, amelyeknek középpontjában, kapocsként az egyén található: ő az organizmikus rendszer legfelső (legnagyobb), de a közösségi – kulturális, társadalmi – rendszer legalsó (legkisebb) eleme (Engel, 1980). Ezt az elvet a terápiás terv felállítása vagy újragondolása során kell a leginkább figyelembe vennünk, amikor el kell döntenünk, milyen mértékben kell bevonnunk a nagyobb egységeket – például a családot – a páciens állapotának megerősítése vagy a kívánt változás előidézése érdekében.

7. *A rendszerek és alrendszerek (holon) között fennálló, hierarchikus viszonyok lehetnek patológizáló vagy funkcionális jellegűek.* A patológizáló jellegű hierarchia a rendszerben és annak részeiben regresszív és destruktív folyamatokat erősít, a hierarchia különböző fokain elhelyezkedő alrendszerek az omnipotens elnyomás és a dependens behódolás által kapcsolódnak egymáshoz. Funkcionális hierarchia esetén a rendszer felépítése és a kapcsolat jellege a célok megvalósítását segíti. Ilyenkor az alrendszerek kompetens egységekként működnek együtt, a funkcionális vezetés pedig a cél érdekében hangolja össze a működést. A klinikus-páciens kapcsolatot valójában a kezdetektől – azaz a diagnosztikus szakasztól – fogva ilyen funkcionális hierarchia jellemzi, illetve kell hogy jellemezze. Ebben a klinikus tudásából és helyzetéből, valamint a páciens helyzetéből és elvárásaiból fakadó eltérő funkciók, azaz feladatok és felelőségek a közös cél elérése érdekében kizárólag a klinikai helyzetre korlátozódó hierarchiát hoznak létre. Ebben a hierarchikus viszonyban a klinikusnak, szaktudása és szerepéből fakadó felelőssége miatt, az együttműködés feltételeit illetően döntési joga van.

8. *A rendszerszemlélet határoknak nevezi azokat a szabályokat, amelyek meghatározzák a rendszerbe be- és kilépő információk mennyiségét és minőségét, ezáltal segítenek a közelség és a távolság szabályozásában.* A klinikai pszichológia és a pszichoterápia nyelvén határokat kereteknek nevezzük. A keretek által lehatárolva olyan szimbolikus teret kapunk, amelyben a páciens és a szakember interakciója egy meghatározott – diagnosztikai vagy terápiás – cél érdekében zajlik. A magyar szakmai nyelv által is átvett idegen szóval ez a szetting. Mivel a diagnosztikai vagy terápiás találkozás a fizikai realitásban jön létre, ezért a keretek látványosan külső szabályok megfogalmazásában öltenek testet: miért, mikor, hol, mennyi ideig találkozunk. A keretek azonban nemcsak ezekre a külső szempontokra vonatkoznak, hanem sokszor rejtett módon – úgy a páciens, mint a szakember részéről – belső elvárásoknak, vágyaknak lesznek a hordozói. Ilyen elvárás a páciens részéről, hogy végre a megélhessen egy tökéletes, mindig is vágyott emberi kapcsolatot, vagy hogy végre valaki megcáfolja a lelke mélyén hordozott bizalmatlanságot, félelmet, önleértékelést. A terápia kerete a számonkérhető kiszámíthatóságon és stabilitáson keresztül kínálja a változáshoz elég jó, korlátozott tökéletességet. Ezzel segítheti a terápiás keret a páciens, hogy irreális elvárásait a valósághoz igazítsa, és az átlátszó szükségképpen adódó gyász munkát elvégezze. A keretek elfogadásán, azaz internalizálásán keresztül növekszik a páciens realitásérzéke.

A pszichoterápiás keretek internalizálása a klinikus számára sem automatikusan adott, hanem szakmai fejlődésének része. A kezdetben külsőnek megélt, sokszor rigidén felállított, és ezért nehezen képviselt határok ezáltal lassan

a szakmai kapcsolatot funkcionálisan lehatároló és szabályozó, a váratlan helyzetekhez is alkalmazkodni képes, „rugalmas, élő hártványá” alakulnak.

Mint említettem, a rendszerszemlélet nemcsak a pszichodinamikus és kognitív megközelítés között teremt dialógust, hanem lehetőséget ad az egészség komplex, a pszichológiai megközelítést a biológiai és szociális szemponttal ötvöző szemléletére. A rendszerszemlélet ilyen általánosabb, egészségügyi alkalmazását nevezzük bio-pszicho-szociális modellnek (Engel, 1977, 1980). A bio-pszicho-szociális modell kiindulópontja, hogy élő szervezetek esetében a biofizikai törvényszerűségeken túl az információ alapuló szabályozás is befolyásolja az egészséges működést. Az embernél az információ a mentális és a társas térben jön létre, ezért a pszichológiai és a társas tényezők szerepének figyelembevétele a betegség kivizsgálásakor és gyógyításakor éppoly fontos lehet, mint a biológiai tényezőké.

A bio-pszicho-szociális rendszerszemlélet az egészséget a személyes hatóerő (ágencia) szempontjából közelíti meg, vagyis azt vizsgálja, mennyire képes valaki saját céljait megvalósítani, és a benne rejlő értékeket megélni (Bolton & Gillett, 2019). A terápiás tevékenység szempontjából ez egyfajta holisztikus megközelítést hoz magával, amelynek középpontjában nem a betegség, hanem a beteg – azaz a saját ágenciáját és értékét megélni kellően nem képes ember – áll.

Nekünk, pszichológusoknak a bio-pszicho-szociális szemlélet arra kell hogy irányítsa a figyelmünket, hogy a diagnosztikai és a terápiás folyamat során a pszichológiai tényezők mellett a vulnarabilitás biológiai és társas forrásait is fel kell derítenünk, hiszen csak ezek ismeretében tudjuk eldönteni, milyen mértékben kell, illetve lehet az egyes – testi, lelki, társas – tényezőket a kezelésbe bevonni. E hármas – bio, pszicho, szociális – szempontrendszer diagnosztikai szempontból lényeges elemeit a Campbell és Rohrbaugh (2006) által javasolt „bio-pszicho-szociális esetelemzési adatbázis” alapján foglaljuk össze. Pszichoterápiás beállítottságtól függetlenül ezeknek a szempontoknak a figyelembevétele a diagnosztikai fázisban, továbbá implicit, néha pedig explicit monitorozása a pszichoterápia során jelentős mértékben megnöveli az indikáció pontosságát és a terápia sikerét.

- I. A biológiai tényezőkhöz tartozó szempontok: 1. tünetek; 2. biológiai hajlamosító tényezők (genetikai, fizikai, [gyógy-] szerhasználatból fakadó); 3. a páciens demográfiai adatai illeszkednek-e a fennálló probléma epidemiológiájához?

II. A pszichológiai tényezők szempontrendszere:

- a) általános szempontok: 1. vulnerabilitások (fejlődésmentet, árulkodó kijelentések és viselkedéses jelek, visszatérő kapcsolati problémák); 2. pszichoszociális stresszorok; 3. lelki következmények (érzelmi területen, a gondolatokban és a fantáziákban, az információfeldolgozás folyamatában); 4. elhárítások (primer, szekunder, egészséges, illetve externalizáló, internalizáló), megküzdési módok (adaptív, maladaptív);
- b) pszichodinamikus szempontok: a páciens élet- és betegségétörténetének áttekintése, például Erikson pszichoszociális fejlődésmélettételek figyelembevételével (Erikson, 1982);
- c) kognitív szempontrendszer: a diszfunkcionális, automatikus gondolatok, a negatív alaphiedelmek és kognitív torzítások, valamint a viselkedés adaptív és maladaptív megnyilvánulásainak, a viselkedéssel kapcsolatba hozható környezeti tényezőknek a vizsgálata.

III. A társas (szociális) szempontok: általános demográfiai adatok és szocioökonómiai státusz. Szociális stresszorok és védő faktorok áttekintése. Kulturális és spirituális tényezők.

Ha a fenti szempontokat a páciens kivizsgálása során végiggondoljuk, segítséget kaphatunk a terápiás terv hangsúlyainak árnyaltabb megállapításához, illetve a választható pszichoterápiás módszer vagy módszer-kombináció megállapításához. Ilyen szempontrendszerre azért van szükség, mert a hétköznapi klinikai gyakorlatban könnyen a gyógyszeres kezelés és a hozzá kapcsolódó biomedikális szemlélet kap nagyobb, akár kizárólagos hangsúlyt még olyan esetekben is, amikor ez nem indokolt. Ilyenkor a kezelés sikerét a többi szempont háttérbe szorítása kifejezetten veszélyeztetheti.

Az adatbázis első, fő része a biológiai tényezőket veszi számba. Tartalmazza a leíró diagnosztika alapelemeit, azaz a tüneteket, és ezzel a betegellátásban használt diagnosztikai rendszerek – BNO és DSM – szempontjait jeleníti meg. Tartalmazza továbbá a biológiai hajlamosító tényezőket, és összeveti a demográfiai adatokat az epidemiológiai adatokkal.

A nem orvosi alapvégzettségű klinikust a biológiai hajlamosító tényezők számbavétele érzékenyítheti arra, hogy saját kompetenciájának határait tudatosítsa, mérlegelve a kombinált kezelés szükségességét és lehetőségét, vagy azáltal, hogy reális terápiás célokat fogalmaz meg, figyelembe véve, hogy mi az, ami a páciensnél nagy eséllyel nem megváltoztatható. Ilyenek például a veleszületett tényezők vagy a temperamentum (McWilliams, 1999). Végezetül a páciens demográfiájának és

a probléma epidemiológiájának összevetése a kutatás szempontjain túl ellenőrző szereppel is bír, amennyiben e két szempont össze nem illése a háttérben húzó-dó okok alaposabb vizsgálatának vagy akár a diagnózis újragondolásának lehet kiindulópontja.

Az adatbázis második fő csoportja a pszichológiai tényezők szempontrendszerére, amelyben az általános szempontok után a páciens problémáit a klinikumban használt másik két paradigma – a pszichodinamikus és a kognitív – szempontjából gondolhatjuk végig. És bár az általános szempontok (a II. a. rész) a közös hátteret jelenítik meg, a következmények (II. a. 3.) alpontban található fogalmak a különböző paradigmákban eltérő hangsúlyt kaphatnak. Így például a pszichoanalitikus gondolkodáshoz az érzelmek és a fantáziák vizsgálata közelebb áll, míg a kognitív megközelítéshez a gondolatok és az információfeldolgozás fogalmai természetesebben illeszkednek. Érdeemes még említenünk a II. a. 4. alpont kapcsán, hogy bár vannak, akik az elhárításokat és a megküzdési módokat szinonimaként kezelik (Campbell & Rohrbaugh, 2006), azok szétválasztása tudománytörténetileg és a pontosabb megfigyelést lehetővé tevő fogalomhasználat miatt indokolt.

Végezetül, a III. fő csoport a társas (szociális) szempontokat tárgyalja, amelyek az okok és a kezelési lehetőségek egyéneken túlmutató, általánosabb tényezőit hivatottak számba venni. Ha a páciens problémáit ezekből a szempontokból is végiggondoljuk, az nemcsak a probléma háttérével kapcsolatban hozhat fontos, új szempontokat, hanem a kezelési tervhez is jelentősen hozzájárulhat. Például más kulturális háttérrel rendelkező páciens esetén az eltérő társas, kulturális és spirituális háttér megértése és gyógyító szempontú felhasználása döntő lehet a terápia sikerét illetően. Erre az etnopszichiátria számos példával szolgál (Nathan, 1994).

A pszichológiai tényezők – a II. rész – b. és c. pontja a két fő klinikai paradigma, a pszichodinamikus és a kognitív szempontrendszerét jeleníti meg. A pszichodinamikus szemlélet a személyiséget alkotó tényezők egyensúlyvesztéséből, a kognitív szemlélet pedig az információfeldolgozás zavarából közelíti meg a pszichopatológiát. A bevezetés hátralevő részében e két szemlélet alapelveit mutatom be.

Pszichodinamikus szemlélet

A pszichoanalitikus elméletek kezdetben klinikai tapasztalatból és a korszak tudományos elméleteire támaszkodó spekulációkból származtak. Később ezek módosultak kontrollált, szisztematikus megfigyelésből vagy kísérleti elrendezésből származó eredmények által, illetve kiegészültek ilyen elméletekkel. Ennek

eredményeként kijelenthető, hogy bár a klinikai pszichoanalízis fogalmai a terápiás helyzet sokszínűségéből fakadóan nem mindig egyértelműek, tudományos megalapozottságuk megkérdőjelezhetetlen (Eagle, 2018ab).

A pszichoanalitikus elméletek változása különféle szemléleti kereteket, azaz modelleket, vagy ha tetszik, iskolákat hozott létre. Ezek megjelenésük sorrendjében a következők:

- ösztönpszichológia,
- én- (azaz ego-) pszichológia,
- tárgykapcsolat-elmélet (idetartozik az aránylag jól elkülöníthető kleiniánus iskola is),
- kötődéselmélet,
- szelfpszichológia,
- interszjektív-kapcsolati (*relational*) szemlélet,
- neuropszichoanalízis.

A fenti listához az ösztönpszichológia, a kötődéselmélet és a neuropszichoanalízis vonatkozásában néhány megjegyzést kell tennünk.

Az ösztönpszichológiát tudománytörténeti okok miatt fontos külön említenünk, hiszen az ehhez kapcsolódó elméletek adták kezdetben a pszichoanalízis tudományos alapjait. Az énpeszichológia megjelenésével – azaz hozzávetőlegesen az 1910-es évek második felétől – azonban az ösztönpszichológia elméletei természetes módon integrálódtak az énpeszichológiába, és módosult formában ott, illetve még a kleiniánus tárgykapcsolati szerzők munkáiban élnek tovább.

A kötődéselmélet kezdetben a pszichoanalízis mostohagyermekének számított. Mivel Bowlby a kapcsolat külsőleg megfigyelhető mozzanataira helyezte a hangsúlyt, ezért ez a megközelítés inkább az empirikus pszichológia berkeiben tudott gyökeret eresztetni. Az utóbbi mintegy fél évszázad tudományos fejlődésének, illetve a pszichoanalízisre nehezedő szakmapolitikai és társadalmi nyomásnak az eredményeként azonban egyre több empirikus határterület gazdagítja a pszichoanalízist elméleti és gyakorlati szempontból egyaránt. Ez a folyamat, amely elsősorban a kognitív idegtudomány és a csecsemőmegfigyelés eredményeinek az integrálását jelenti, egyértelműen visszaemelte a kötődéselméletet a pszichoanalízis fő áramlatai közé (Fonagy, 2001).

A kognitív idegtudomány és az idegrendszer vizsgáló eljárások fejlődése lehetővé tette, hogy egyre komplexebb emberi jelenségeket is ebből, a neuroanatómiát és a neurokémiai folyamatokat fókuszba állító nézőpontból vizsgáljunk. Ennek eredményeként a pszichoanalízis határmezsgyéjén két új diszciplína, az affektív idegtudomány (Panksepp, 1998) és az interperszonális neurobiológia

(Schore, 1994) jelent meg. Az előbbi elsősorban akadémiai diszciplína, az utóbbinak azonban közvetlen klinikai és terápiás vonatkozásai is vannak (Schore, 2019b). A pszichoanalízisen belül pedig ez a fejlődés a neuropszichoanalízis és a körülötte zajló heves viták megjelenéséhez vezetett. Erről később még bőven lesz szó.

A kortárs pszichoanalízist jellemzi, hogy az imént felsorolt megközelítések, a belőlük származó elméletek és fogalmak egyszerre vannak jelen a tudományos diskurzusban. Ami pedig a pszichoanalitikus terápiás alkalmazást illeti, tekintve, hogy a szakember a pácienssel élő kapcsolatban, spontán módon dolgozik, az elméletek nem jól definiált, tudatosított formában jelentkeznek az ülések során, hanem reflektálatlan, implicit módon húzódnak meg a háttérben, és segítik az analitikus munkáját (Sandler, 1983). A szakirodalomban vita tárgyát képezte, hogy az így létrejött, úgynevezett elméleti pluralizmus mennyire hasznos vagy káros a pszichoanalízisre nézve (Wallerstein, 2005ab; Green, 2005). Az utóbbi évtizedek egyéb vitatott kérdései – leginkább a neuropszichoanalízisről, majd a teleanalízisről való vita – háttérbe szorították az elméleti pluralizmusról szóló vitát, de nem oldották fel. Az újabb vitatott témák hátterében mindig újra felbukkan a kérdés: mennyire kell, illetve lehet egyfajta, a valóságban talán sosem volt, tiszta elméleti háttérre építő, tiszta pszichoanalitikus tudományt és gyakorlatot fenntartani, amely a metapszichológián kívül más elméletre nem épít, és az elméletek fejlődéséhez szükséges empirikus adatokat pusztán a magas óraszámú, fekvő testhelyzetben folytatott, személyes terápiák tapasztalataiból gyűjti.

Az elmélet szempontjából a pluralizmus eredményeként az 1980-as évekre eltűnt a korábbi különbség a kizárólagosan pszichoanalitikus elméletekre támaszkodó, pszichoanalitikus, valamint az azokat csak részben elfogadó és esetleg más terápiás szemléletet is integráló pszichodinamikus szemlélet között (Westen & Gabbard, 1999). És bár a pszichoanalitikus szakmán belül manapság is heves vita tárgyát képezi a pszichoanalízis és a pszichodinamikus pszichoterápia közötti különbség, ez a vita leginkább a terápiás keretekről – elsősorban a heti óraszám –, és nem az elméletekről zajlik. Továbbá, noha képzési szempontból és szakmai csoportidentitás tekintetében a különbség valamennyire fennáll, a szélesebb szakma és a pszichoterápia iránt érdeklő laikusok számára ez az eltérés lényegtelen. A klinikai munkára tekintve pedig azt mondhatjuk, hogy a diagnosztikus gyakorlat szempontjából a két szó – pszichodinamikus és pszichoanalitikus – szinonimának tekinthető. A terápiák szempontjából nézve azonban a pszichodinamikus jelző egy spektrumot jelöl, amelynek egyik végpontját hosszúságával és regressziót elősegítő elrendezésével a pszichoanalízist jelenti, másik végpontján a problémaorientált fókusszal dolgozó, pszichodinamikus rövid terápiák találhatók. A két végpont között a pszichodinamikus hosszú terápiák helyezkednek el (Fosshage, 1997).

A pszichoterápiás gyakorlat szempontjából az IPA jelenleg érvényben lévő meghatározása szerint a pszichoanalízis – más néven standard analízis – heti 3-5 találkozással zajló, nem időhatáros terápiát jelent. Standard analízisben a páciens díványon fekszik és szabadon asszociál, azaz igyekszik mindent kimondani, ami az eszébe jut, úgy, ahogyan az eszébe jut. Az analitikus a páciens látóterén kívül ül, és a normál tudatos figyelmi állapotot felfüggesztve, egyenletesen – más szóval szabadon – lebegő figyelemmel követi a páciens (Freud, 1912). Ennek a sajátos elrendezésnek az a célja, hogy a páciens realitásorientált tudatállapota fel lazuljon, lehetőséget teremtve arra, hogy minél közelebb kerüljön saját tudatos gondolkodási folyamataitól távolabb eső lelki tartalmaihoz, és spontán módon ki tudja fejezni azokat. Az analitikus számára ez az elrendezés segíthet abban, hogy minél inkább képes legyen páciensére hangolódni, a belőle származó, nem tudatos üzeneteket érzékelni és önmagában tudatosítani azért, hogy megfigyeléseit kellő pillanatban és megfelelő módon megossza a pácienssel. Ez a folyamat, ha sikeresen zajlik, hozzájárul a páciens önismeretének, lelki szabadságának és kompetenciájának növekedéséhez. A pszichodinamikus terápiák a pszichoanalízisnél alacsonyabb óraszámú és realitásközeli módon, azaz szemtől szemben, ülő testhelyzetben, illetve – ennek megfelelően – a szabad asszociáció részleges alkalmazásával, néha pedig időhatárosan zajlanak.

Általánosságban a pszichodinamikus megközelítést olyan szemléletként definiálhatjuk, amely a pszichopatológiai jelenségeket a lelki működés egészéből – azaz a személyiségből – igyekszik megérteni (Fonagy & Luyten, 2012). Továbbá, miként arra a *dinamikus* jelző is utal, a lelki működést különböző, egymással bonyolult kapcsolatban álló, és sokszor egymásnak ellentmondó tényezők összjátékának tekinti. A pszichodinamikus szemlélet kiindulópontja, hogy mivel az egyén pszichológiai fejlődése társas közegben és társas hatásra, lényeges elemeiben nem tudatosult interakciók nyomán következik be, ezért a pszichológiai változáshoz is kellő intenzitású társas hatásra van szükség. Olyan hatásra, ahol a korábban sosem tudatosult vagy elfojtott mozzanatok is meg tudnak jelenni, és ezáltal, valamilyen formában tudatosulva, erősítik és gazdagítják a személyiséget. Ennek megfelelően a pszichodinamikus szemlélet az interszjektív térben megnyilvánuló lelki működésre, különösen annak tudattalan és interperszonális-interszjektív vonatkozásaira helyezi a hangsúlyt. A pszichodinamikus nézőpont központi elemeit az alábbiakban foglalhatjuk össze (Westen & Gabbard, 1999; Fonagy & Luyten, 2012):

1. A külsőleg megfigyelhető jelek mellett a csak kikövetkeztethető, tudattalan kognitív, érzelmi és motivációs folyamatok is fontosak a patológia megértésében.

2. A személyiségtényezők és a személyiségfejlődés lényeges szerepet játszik a legkülönbözőbb pszichopatológiai jelenségekben.
3. Az önmagunkról alkotott belső „kép” (szelfreprezentáció) és a másikról alkotott belső „kép” (tárgyreprezentáció) minősége fontos a lelki egyensúly szempontjából.
4. Az emberben egymással tudattalanul konfliktusban álló, gyakran kompromisszumra jutó lelki folyamatok zajlanak.
5. Az elhárító mechanizmusok szerepe fontos a lelki egyensúly fenntartásában.
6. A régmúlt, érzelmileg jelentős események, különösen a gyermekkori interperszonális történések, hatással vannak a felnőtt lelki működésre, illetve a patológia kialakulására.
7. A különböző természetű – szexuális, agresszív, önértékeléssel és kötődéssel kapcsolatos – vágyak és félelmek tudatos és tudattalan befolyással bírnak a kognitív és emocionális folyamatokra, valamint a viselkedésre.
8. A patológia kialakulásában a biológiai (nature) és a környezeti (nurture) tényezők összjátéka mutatkozik meg.

A fenti alapelvekből következik, hogy a modern pszichodinamikus szemlélet a páciens problémáját a páciens élettörténetének és személyiségműködésének feltárása által igyekszik megérteni. Jellemzi a kétszemélyes pszichológiai beállítódás, vagyis az, hogy a személyek közötti történésekből indul ki a patogenezis megértésénél (a diagnosztikai folyamatban) és a terápiás helyzetben, például a baba-mama vagy a páciens-terapeuta interakcióból.

A páciens mélyebb megértése érdekében a pszichoanalízis egyes irányzatai nyitottak a kutatási empiriából származó ismeretek befogadására. Leginkább a megfigyeléses helyzetekből származó ismeretek – a csecsemőmegfigyelések, továbbá a baba-mama és az anya-gyerek interakciók megfigyelései (például Mahler et al., 1975; Stern, 1985) –, valamint az idegtudomány legújabb eredményeit integráló törekvések (például Schore, 1994, 2003ab, 2012) tartoznak ide.

A pszichodinamikus szemlélet számára a kognitív folyamatok és a személyiség működéséből származó viselkedéses megnyilvánulások éppoly fontosak, mint a személyiség fejlődésének és működésének egyéb, sokszor rejtett tényezői. Azonban, mivel a pszichoanalitikusan képzett szakember jellegzetessége, hogy a páciens és a terapeuta között zajló folyamatok tudattalan vonatkozásaira fókuszál, ezért figyelme elterelődhet a terápiás terv praktikus vonatkozásairól, mint amilyen például a páciens tüneti szintű javulása, vagy – diagnosztikus szempontból – a tünetek javulását elősegítő, esetleg épp hátráltató külső tényezők feltérképezése. A külső

realitás és a tüneti szintű változás szempontjait a kognitív szemlélet hangsúlyozza. Ennek ismerete és indokolt esetben a kognitív-viselkedésterápiás eszköztárhoz tartozó tünetorientált technikák alkalmazása a pszichodinamikus vagy akár a pszichoanalitikus folyamat során is jelentősen megnövelheti a pszichoanalitikus-képzettségű szakember hatékonyságát (Connors, 2006). Ezt a bekezdést annak tudatában írom, hogy sok pszichoanalitikus kollégám hevesen vitatná szinte minden egyes sorát.

Kognitív szemlélet

Az információfeldolgozás, azaz a kogníció a személyiség működésének lényeges funkciója. A kogníció klinikai-pszichológiai és terápiás felhasználása az 1970-es évektől, a kognitív-viselkedésterápiák (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) második szakaszától vagy hullámától kezdve külön hangsúlyt kapott (Carvalho et al., 2017). Az azóta eltelt évtizedek a kognitív klinikai szemlélet megerősödését és az erre épülő terápiák határozott dominanciáját hozták a legtöbb európai és angol-szász ország mentális egészségügyi ellátásában. A különböző specifikus zavarokra fókuszáló, többnyire időhatáros kognitív viselkedésterápiák mellett a kognitív viselkedésterápiák harmadik hullámával megjelentek a személyiség általánosabb működését célzó, időben elnyúló, transzdiagnosztikus terápiák is (Dobson & Dosios, 2019).

A kognitív klinikai szemlélet eddig tehát három hullámban formálódott. Az első a viselkedésre fókuszáló, klasszikus és operáns kondicionáláson alapuló szemlélet, a másik kettő pedig a már említett, további két szakasz: a különböző kognitív folyamatokat terápiás fókuszba állító második és a személyiség működésének egészét célzó, harmadik hullám (Carvalho et al., 2017).

A kognitív szemlélet alapja, hogy az inger és a látható viselkedéses válasz között információfeldolgozás zajlik (Brewin, 2014), azaz hogy a viselkedést az információfeldolgozási folyamatok mediálják. Ebből következik, hogy patológiás viselkedés esetén ezeket a mentális folyamatokat kell feltérképezni (diagnosztika) és befolyásolni (terápia) az adaptívabb viselkedés létrejötté érdekében.

A kognitív szemlélet kognitív mediációra vonatkozó, fenti alaptétele a következő három állításra bontható (Dobson & Dosios, 2019):

1. A kognitív tevékenység döntő hatással van a viselkedésre és az érzelmekre.
2. A kognitív tevékenység megfigyelhető és megváltoztatható.
3. A kívánt viselkedéses változást a kognitív változáson keresztül érhetjük el.

Miként az a fenti három kijelentésből is látható, a kognitív szemlélet jellemzője és erőssége is egyben, hogy az érzékelhető, viselkedéses megnyilvánulásokat a diagnosztikai és a terápiás folyamat középpontjába állítja. Másik fontos erőssége a kutatási empíriával ápolta szoros kapcsolat. És bár a kognitív terápiák második hulláma szinte kizárólag a klinikai tapasztalatra támaszkodva alakult ki, és semmit nem vett át a kísérleti kognitív pszichológiából a séma fogalmán kívül (Dobson & Dosios, 2019), az azóta eltelt évtizedekben a kognitív szemlélet képviselői nagy hangsúlyt fektettek arra, hogy integrálják a kísérleti kognitív pszichológia eredményeit a szemléletbe és a ráépülő terápiás gyakorlatba, illetve saját terápiás eredményeiket és vizsgálati módszereiket empirikus vizsgálat tárgyává tegyék. Mindez hatékony, objektív kontrollt visz a klinikai-pszichológiai munka zárt, szubjektív terébe, erősítve ezzel a költséghatékonyság szempontját is. Márpedig ez utóbbi a pszichoterápiák fennmaradásának nem elhanyagolható tényezője.

A kognitív szemlélet hagyományosan egyszemélyes pszichológiai szemlélet, amely az egyénből és nem az egyének közötti lelki folyamatokból indul ki. Ugyanakkor az utóbbi időben a társas helyzetekből származó ingerek feldolgozásának vizsgálata is a kognitív pszichológia fontos területévé vált (Brewin, 2014). Ez az új kognitív irány a „társas megismerés”³ (Moskowitz, 2005). Klinikai szempontból a társas ingerek kognitív szempontú megértése a harmadik hullám terápiái számára fontos, ahol – mint például a sématerápiában – a személyközi történések központi jelentőségűek, úgy a patogenezis feltérképezése, mint a terápiás változás szempontjából (Young et al., 2003; Van Vreeswijk, 2012).

A klinikai pszichológiai megközelítések kapcsolata a hivatalosan használt diagnosztikai rendszerekkel (BNO, DSM)

A pszichodinamikus és a kognitív megközelítés, illetve az ezek háttérében álló rendszerszemlélet lehetőséget nyújt a kórházban és a járóbeteg-ellátásban dolgozó szakembernek arra, hogy a klinikai stábmunkában a pszichológiai és a társas szempontokat megjelenítse. Az egészségügyi ellátás azonban a BNO–11 (WHO, 2022), illetve a DSM–5 (Amerikai Pszichiátriai Társaság, 2013) leíró szempontrendszerét követve zajlik.

3 A magyar fordítás elrejtja a kognitív pszichológiával ápolta szoros kapcsolatot, melyet az angol elnevezés, a *social cognition* egyértelműen jelez.

Mivel a pszichológiai szemlélet a tünetek kialakulását a lelki folyamatokból kiindulva igyekszik megérteni, ezért a klinikai pszichológiai paradigmák nem alkalmazkodnak automatikusan a leíró diagnosztika kategóriáihoz, hiszen ez utóbbiak háttérében végső soron a biomedikális – értsd: a mentális zavarokat a neuroanatómiára és élettanra visszavezető – szemlélet áll (Amerikai Pszichiátriai Társaság, 2014). Ugyanakkor a lelki folyamatok megértésére törekvő, az ezeket pusztán leíró és biológiai folyamatokra visszavezető szemlélet nem zárja ki, hanem ha okosan járunk el, több szempontból is kiegészítheti egymást. A klinikai pszichológiai elméletek például a tisztán neurobiológiai vagy neuroanatómiai megközelítésnél használhatóbb magyarázatot nyújthatnak a tünetek kialakulására. Például amikor azt kell megértenünk, hogy a szorongás miért éppen abban a formában nyilvánul meg. Vagy abban is segíthetnek, hogy a különböző diagnosztikai képeket nagyobb, a pszichoterápiás kezelések számára elérhetőbb egységekben lássuk. Mindez azért is fontos, mert a gyakorlati klinikai munka arra tanít, hogy nagyon ritka, vagy talán nem is létezik egy diagnosztikai kategóriával maradéktalanul leírható beteg. Továbbá a kezelést a szűken értelmezett zavaron vagy zavarokon kívül egyéb tényezők is befolyásolják. Például a páciens társas kapcsolatrendszere vagy értékrendje. Ezeknek az egyéb – gyakran rejtett – tényezőknek és összefüggéseknek a feltárása és beépítése a kezelési tervbe a terápiás siker nélkülözhetetlen eleme.

Általánosságban a pszichológiai szemlélet segíthet abban, hogy a beteget ne tünetek vagy diagnosztikai kategóriák megtestesítőjének, hanem élettörténetébe és kapcsolatrendszerébe beágyazott, élő és érző embernek lássuk, a gyógyítás folyamatában pedig ne pusztán a tünetek elmulasztására, hanem a páciens alkalmazkodóképességének erősítésére is törekedjünk, hiszen tartós változás csak egy ilyen általánosabb javulástól várható. Egy ilyen kezelési megközelítésben a pszichodinamikus szemlélet specifikuma az intrapszichés és az interperszonális tudattalan, illetve implicit tényezők feltérképezése és kezelése lehet.

A pszichoanalízis a klinikumban

Bevezetés

Gyakorlati szempontból a pszichoanalitikus elméleteket két részre oszthatjuk. A személyiség fejlődését és működését leíró metapszichológiai elméletekre egyrészt; a terápiás helyzet és technika elméleteire másrészt. A személyiség fejlődését, szerveződését és működését leíró elméletek adják a pszichodinamikus pszichopatológia és pszichodiagnosztika hátterét. Ennek megfelelően a klinikumról szóló részt a pszichodinamikus személyiségfejlődés alapelveinek összefoglalásával kezdem. Az egyes pszichoanalitikus irányzatok fejlődés-pszichopatológiai gondolkodását felvillantó bevezető rész után a lelki fejlődés időrendjében haladva azokat az elméleteket összegzem, amelyeket a gyakorlati gondolkodás és munka szempontjából mérvadónak érzek.

A lelki fejlődés főbb állomásainak és szempontjainak áttekintése után a pszichodinamikus diagnózis főbb összetevőit foglalom össze, és beszélek a pszichodinamikus diagnosztikai manuálról (Lingiardi & McWilliams, 2017), amely átmenetet képez a pszichiátriai ellátásban hivatalosan használt diagnosztikai rendszerek és a pszichoanalitikus személyiségszemléletű diagnosztikus felfogás között. A fejezetet a pszichoanalitikus diagnosztikai folyamat leírása, alapelveinek ismeretése és a diagnosztika legfőbb eszközének, az interjúnak a bemutatása zárja.

A második fejezet a pszichoanalitikus spektrum terápiáinak kereteiről szól. A pszichoanalitikus terápia keretei azok a virtuális határok, amelyekben belül a terápiás folyamat zajlik (Bleger, 1966). Minél szilárdabbak ezek a határok, minél inkább elválasztják a terápia terét az élet egyéb területeitől, annál nagyobb a páciens és a terapeuta belső biztonságérzete, és – ennek megfelelően – annál nagyobb szabadság alakulhat ki a terápiás térben az őszinte kommunikációra, amelynek során a páciens személyiségének legprimitívebb részei is megnyilvánulhatnak (Gabbard, 2016).

A keretek tehát a külső realitást jelenítik meg, kijelölve azt a teret, ahol a két személy – páciens és analitikus – találkozásán keresztül a páciens belső világa kibontakozhat. Realitásjelző funkciójuk mellett, illetve épp amiatt, a keretekre a kezdetektől fogva tudattalan fantáziák vetülnek. Ez nem annyira meglepő, ha belegondolunk abba, hogy hétköznapi realitásérzékelésünket is milyen mértékig színezik, illetve torzítják a tudattalan fantáziák által befolyásolt emlékek. A keretek tehát olyan racionálisan végiggondolható, egyértelmű tényezők, amelyek különféle tudattalan jelentéseket hordozhatnak (LaFarge, 2014).

A kereteket érintő egyik legfontosabb fantáziamozzanat az állandósággal, a stabil kötődéssel és a szimbiózissal kapcsolatos. Ezek tudatosításának, illetve értelmezésének fontos terápiás jelentősége lehet (Bleger, 1966; Churcher, 2024; LaFarge, 2019). Azonban a keret leggyakrabban csak akkor válik a terápiás munka tárgyává, ha valami átlagostól eltérő történik. Például a páciens rendszeresen késni kezd, vagy amikor a terapeuta lemond egy ülést vagy árat emel. Átlagostól eltérő, és így a keretekre nagyobb tudatos figyelmet fordító periódus még a lezárás.

A keretek tehát racionálisan kijelölik azt a területet, amelyen belül irracionális dolgok is történhetnek. A keretek stabilitása a terápia szabadságának záloga. A stabilitás azonban nem rigiditás. A jól képzett analitikus számára a keretek kellő mértékben internalizáltak, és ezáltal a terápiás pillanat realitásához alkalmazkodnak (Levine, 2024). Rigiddé csak akkor válnak, ha a terapeuta bármi miatt bizonytalannak érzi magát. Ilyenkor belső megélése helyett külső panelek – például tanult elméletek vagy korábbi, szupervízortól ellesett, esetleg saját analitikustól eltanult minták – vehetik át az irányítást.

Például gondolhatunk arra a helyzetre, amikor egy többéves standard analízis lezáró szakaszában a páciens arra kérte analitikusát, aki akkor még saját képzési szakaszában járó kandidátus volt, hogy az utolsó alkalommal a megszokott fekvő helyzetet feladva szembeülhessen vele, azaz a páciens terápia térbeli elrendezésének módosítását indítványozta. Különböző érveket hozott fel, miért is lenne fontos neki, hogy többéves munka után terapeutájával így beszélgethessen. Az analitikus azonban elzárkózott a kérés elől, és ragaszkodott a megszokott testtartáshoz az utolsó alkalommal is. Utólag, szupervíziós helyzetben kiderült, hogy az analitikus rigiditása mögött a számára szokatlan kérés okozta szorongás és annak feloldására egy korábbi szupervíziós tapasztalat állt. A korábbi szupervízióban egy nagy tekintélyű, idősebb kollégától azt hallotta, ő sosem engedi, hogy a páciens az utolsó alkalommal felüljön, mivel ezzel egy későbbi analízis esélyét zárja ki. Hiszen, érvelt a nagy tekintélyű analitikus, ha engedné a páciens felülni, azzal azt jelezné, hogy az analízis tényleg és végérvényesen befejeződött. Nem célozom vizsgálni most ennek a kijelentésnek az igazságtartalmát, miként azt sem

tudom eldönteni, vajon az ifjú analitikus jól emlékezett-e nagy tekintélyű kollégája szavaira. Annyi azonban bizonyosnak látszik, hogy zavart helyzetében – mivel még nem találkozott ilyen kéréssel – ösztönösen külső kapaszkodót keresett, egy, a terápiás kapcsolat érzelmi realitásától független emléket. Nagy kárt szerencsére nem okozott, amit az is bizonyít, hogy hosszú évek múltán, amikor a volt páciens életében kisebb zökkenő állt be, egy rövidebb terápia erejéig ismét korábbi analitikusát kereste fel. Ezúttal szemben ülve végezték a terápiát.

A keretek tehát stabilak, de nem rigidek, és miközben a terápia észrevétlen háttérét adják, hangsúlyos pillanatokban a terápiás figyelem és értelmezés közép-pontjába kerülhetnek. Így egyszerre hétköznapi, racionális és terápiás, valamint szimbolikus jelentőségük is van. Először, általában a diagnosztikai fázis lezáró szakaszában, a terápiás szerződés megkötése során kerülnek szóba. Többnyire az analitikus ismerteti, és a páciens igényeinek megfelelően el is magyarázza őket. És bár ekkor legtöbbször még csak a terápiás munka külső szabályozó tényezőiként szerepelnek, feltételezhető, hogy szimbolikus jelentőségük már e korai szakaszban éppúgy számottevő, miként az analitikus személyét is a legelső pillanattól kezdve felruhazza a páciens saját fantáziavilágából származó jelentőséggel.

A pszichoterápiás keretek legfontosabb összetevői az idő, a tér és a terapeuta honoráriuma, azaz a pénz, amiket a második fejezet külön részeiben, egyenként vizsgálók. Ezek jelzik a külső realitás határait, amelyeken belül, szerencsés esetben, az analitikussal átélt gyógyító kapcsolat eredményeként, a beidegződött és sokszor patogén határok alól a lelki működés egyre jobban felszabadulhat. Ez a felszabadulás nagyobb belső harmóniát eredményez, amely magával hozza a tünetek enyhülését, valamint a viselkedésbeli és életvezetési változásokat.

Az idő, a tér és a pénz terápiától függetlenül is szabályozó tényezők a civilizált emberi együttélés, és – ami az időt és a teret illeti – a külső fizikai valósághoz történő alkalmazkodás tekintetében. Épp ezért e három tényező nemcsak mint a keret alkotóeleme, hanem, általánosabban, mint a realitás és az emberi viszonyok szabályozója is a fantáziák témájává és az értelmezések tárgyává válhat. A második fejezetben ezért e három tényezőt mindkét szempontból – azaz reális és szimbolikus jelentésében is – vizsgálom.

A harmadik fejezet egy-egy alfejezetben a traumát és a pszichózist leíró pszichoanalitikus megközelítéseket mutatja be. Pszichoanalitikus szempontból a traumának és a pszichózisnak különleges helye van. A pszichoanalízis a trauma gyógyításával veszi kezdetét. És a trauma – a vele közvetlenül összefüggésbe hozható mentális zavarokon túl – azóta is mintegy általános modellként szolgál a pszichoanalitikus gondolkodásban a pszichopatogenezis és a terápiás működés számára egyaránt.

A pszichózis a pszichoanalízis elméletével és gyakorlatával még befogadható lelki jelenségek határaként jelentkezik. Egyes megnyilvánulási formáiban még értelmezhető és kezelhető, más megnyilvánulásaiban azonban már érthetetlen és kezelhetetlen, de mindenképp valami hangsúlyosan más, mint az egyébként megszokott – azaz a neurotikus és a borderline – lelki realitás. Amikor a pszichoanalitikus értelmezhetőség talaján állunk, akkor visszatérő kérdés, hogy vajon a pszichózis modellként szolgálhat-e az enyhébb lelki zavarok számára, vagy épp fordítva: a neurotikus tünetképésből kell-e megértenünk a pszichózist. Amikor pedig a pszichoanalitikus megértésen kívül állónak érezzük azt, ami a pszichózisban történik, akkor a pszichoanalitikus jellegű kezelés céljával és technikájával kapcsolatosan merülnek fel kérdések. Bárhogy legyen is, a pszichózis jelenségvilága olyan kihívást jelent, amelytől az elméletalkotás és a terápiás gyakorlat nem riadhat vissza.

A pszichopatológia és a pszichodiagnosztika alapelvei pszichoanalitikus szemmel

Pszichopatológia a fejlődés tükrében

A lélek működésének zavarait és a zavarok eredetét a különböző pszichoanalitikus szemléleti megközelítések eltérő hangsúllyal mutatják be, illetve magyarázzák.

A lelki zavar kialakulását magyarázó ösztön- és énszichológiai modellek közvetlen, ok-okozati kapcsolatot feltételeznek a természetes lelki fejlődés korai állomásaiban bekövetkezett valamilyen fajta trauma – azaz túl- vagy alulingerlés – és a felnőtt élet lelki zavarai között (Abraham, 1921; Mahler et al., 1975). Ez a gyermekkorban kialakult fixáción és a későbbi életkorban bekövetkezett regresszió alapuló szemlélet az élet első három évét modellezi, és a három nagy ösztönpszichológiai stádium – orális, anális, fallikus –, illetve, kortárs terminológiával élve, a személyiségfejlődés három szintje – pszichotikus, borderline, neurotikus – között véli meglátni a kapcsolatot.

Az énszichológia fejlődépszichopatológiai szemlélete Erik Erikson munkássága nyomán jelentős mértékben gazdagodott (Erikson, 1982). Az eriksoni modell jelentőségét három pontban foglalhatjuk össze. Egyrészt összekapcsolja az ösztönpszichológia korai fejlődési szakaszokra vonatkozó elméletét egy, a baba-mama interakción nyugvó szelffejlődés-elmélettel (Fonagy, 2001). Ezáltal – például

– a libidófejlődés orális szakasza az anyával megélt elég jó interakciók sorozatán keresztül az élet későbbi szakaszaiban is szükséges ösbizalom kiindulópontjává válik. Másik fontos újítása az elméletnek, hogy az életút egészen végigtekintve a személyiségfejlődés életszakaszra jellemző elemeinek tulajdonít központi jelentőséget a lelki egyensúly szempontjából. Ezáltal a pszichoanalitikus gondolkodást rugalmasabbá és sokszínűbbé teszi. Az Erikson által bevezetett új fogalmak közül Otto Kernberg munkássága nyomán az identitás később a személyiségdiagnózis központi elemévé válik (Erikson, 1956; Kernberg, 1966, 2006). Végezetül Erikson a fejlődési szakaszokat spekulatív irányba is megnyitja, és ezáltal szociológiai és filozófiai elméletek felé teremt kapcsolódási lehetőségeket.

Általánosságban szólva a tárgykapcsolat-elméleti szerzők leginkább két szempontból hoztak újdonságot az ösztön- és énszichológiai modellekhez képest. Egyrészt azért, hogy a lelki zavarok kialakulásának kritikus időszakát az élet legkorábbi szakaszára, az első néhány hónapra tették, másrészt azért, hogy a zavarok kialakulásában elsődleges szerepet tulajdonítottak a csecsemővel közvetlen fizikai és érzelmi kapcsolatban álló felnőttnek – hagyományosan és az egyszerűség kedvéért: az anyának. A tárgykapcsolat-elméleti szerzők a baba-mama kapcsolat zavarát, vagyis az anyának arra való képtelenségét, hogy a gyermekétől érkező kommunikációs-érzelmi ingerekre a gyermek igényeinek megfelelően reagáljon, a későbbi lelki zavarok kialakulása egyik legfőbb okának tekintik (Fairbairn, 1952; Guntrip, 1969; Klein, 1946, 1957; Winnicott, 1965).

A szelfpszichológia (Kohut, 1971, 1977, 1984) a lelki működés egy jelentős részterületét – az önértékelést – érintő zavarok megértése szempontjából fontos. A gyermek lelki fejlődését ért hatásokat abból a szempontból vizsgálja, hogy mennyire képes a társas környezet, elsősorban a szülő a gyermek bontakozó önértékelését – egészséges narcizmusát – megtámogatni, ezáltal az önbizalom és a kezdeményezőkézség kialakulását elősegíteni. Ennek híján az önértékelés és az önmegvalósítás képessége sérül, súlyosabb esetben a narcisztikus spektrum zavara alakulhat ki. Mivel az önértékelés zavara a lelki egyensúlyvesztés legkülönbözőbb formáit kísérheti, ezért a narcizmus vizsgálata minden esetben indokolt.

Az utóbbi évtizedek tudományos fejlődése megteremtette a lehetőséget arra, hogy a pszichoanalitikus elméletek és az idegtudomány nyújtotta ismeretek között érdemi dialógus alakuljon ki. Ez a kapcsolatépítés az idegtudományban is képzett pszichoanalitikusok és pszichodinamikus pszichoterapeuták – Mark Solms, Allan Schore –, illetve a pszichoanalízis felé nyitott kutatók – Jaak Panksepp, Antonio Damasio, Joseph LeDoux – közös erőfeszítésének eredménye. Az így létrejött interdiszciplináris megközelítést a pszichoanalízis számára a neuropszichoanalízis jeleníti meg. Szélesebb szakmai körök számára az interperszonális neurobiológia

(Allan Schore) és az affektív idegtudomány (Jaak Panksepp) megnevezések is ezt az interdiszciplináris megközelítést jelölik.

A neuropszichoanalízis néhány lényeges adattal szolgál a pszichodinamikus pszichopatológia és patogenezis szempontjából. Egyrészt magyarázatot ad arra, hogy az élet első néhány évének tapasztalatai miért nem felidézhetők a tudatos emlékezet számára (Turnbull & Solms, 2003). A neuropszichoanalízis megközelítése szerint az emlékezeti deficit nem elfojtás által keletkezik, miként azt Freud (1905) feltételezte, hanem a deklaratív emlékezetért elsősorban felelős hippocampusz éretlenségének tudható be. Az ebben az életszakaszban elszenvedett valós traumák tehát szükségképpen tudattalanok, ami érthetővé teszi, hogy miért oly nehezen hozzáférhető sok esetben a pszichoanalízis számára az intenzív szorongásokat okozó valós tapasztalat (Masi, 2004). A másik fontos terület annak vizsgálata, hogy milyen nagy mértékben függ az agy fejlődése a korai társas tapasztalatoktól. A szelf fejlődésének részleges és pervazív zavarai – amelyeket a pszichoanalízis tárgykapcsolati és szelfpszichológiai megközelítése már korábban leírt – megerősítést kapnak és egyben inspiráló új adatokkal gazdagodnak az idegtudomány eredményei által (Schore, 1994, 2003a). Például újfent igazoltnak tűnik az a korábbi pszichoanalitikus elmélet, hogy a lelki fejlődés korai stádiumában elszenvedett trauma súlyosabb patológiához vezet (Gerhardt, 2004; Schore, 2012). Továbbá az álomképződés pszichodinamikus magyarázatát is megerősíteni látszanak a neuropszichoanalízis eredményei (Solms, 2001, 2003). Mindezekről a könyv második részében még bőszégesen lesz szó. Végezetül a neuropszichoanalízis szemléletének hatása erősen érezhető a mentalizációs terápia elméletében és gyakorlatában (Bateman & Fonagy, 2004; Allen et al., 2008).

A fent említett pszichoanalitikus megközelítéseket figyelembe véve a lelki zavar kialakulásának magyarázatára a következő fejlődési lépéseket és alapelveket fogalmazhatjuk meg:⁴

1. Az ember születésétől fogva társas hatásnak kitett és interakcióra nyitott lény (Stern, 1985). Egészséges lelki fejlődése megfelelő mennyiségű és minőségű társas interakció nélkül elképzelhetetlen; a lelki élet zavarai is jelentős mértékben a társas tér és interakció különböző súlyosságú zavarára vezethetők vissza (Schore, 2003a). Az embertársainkhoz, kezdetben szüleinkhez fűződő kapcsolat alapvetően határozza meg, milyenné válunk, a kapcsolatokban alakuló személyiségünk pedig visszahat kapcsolataink minőségére. A kapcsolódás és az önmeghatározás igénye tehát emberi létezésünknek az a két pólusa, amely kezdetektől fogva jelen van, és

4 Az alábbi fejlődésmenet-vázlatban a különböző pszichoanalitikus iskolákhoz tartozó fogalmakat integratív módon használom.

egymástól kölcsönösen függően, egymást támogató vagy lerontó módon változik egész életünk során (Summers, 1994). Egymásba fonódó, kettős spirálként képzelhetjük el ezt a rendszert, amelynek diszharmóniája a legkülönbözőbb pszichopatológiai jelenségeket magyarázhatja (Blatt, 2008).

2. A személyiség kezdetleges formában már a születéstől fogva jelen van. Stern (1985) magszelfnek nevezi ezt az állapotot. Mivel a magszelf a külvilágtól nem egyértelműen határolódik el, ezért a társas interakciók sokkal nagyobb mértékben hatnak rá, mint későbbi életkorban. Ez már csak azért sem meglepő, mert a társas interakcióra a személyiség fejlődése szempontjából ebben a stádiumban kiemelten szüksége van.

3. A társas interakciók hatása a magszelf által működtetett „lelki anyagcserre-folyamaton” keresztül érvényesül. Ez a folyamat a légzéssel és a táplálkozással párhuzamosan működik, azokat talán kíséri, és ezáltal kvázi azok lelki megfelelőjének, leképeződésének tekinthető. Konkrétabban fogalmazva: miként a fizikai életben maradáshoz és fejlődéshez elengedhetetlen, hogy az újszülött az őt ellátó fizikai környezettel elég jó kapcsolatban legyen, éppúgy elengedhetetlen a lelki életben maradáshoz és fejlődéshez, hogy a környezettel megfelelő szintű lelki kapcsolat is kialakuljon. Ez a kapcsolat és az ebben megélt korai tapasztalatok nehezen megragadható érzelmi állapotokban (Stern, 1985), tudattalan, feltehetően erősen diffúz fantáziákban rögzülnek és maradnak fenn (Isaacs, 1948).

4. A lelki anyagcsere két lelki mechanizmuson, a tapasztalatokat a magszelfbe beemelő projekción és az azokat onnan kivető introjekción keresztül valósul meg (Klein, 1935, 1946; Stern, 1985). Mivel a magszelf nem eléggé körülhatárolt, ezért könnyen hasad, és a kellemetlen érzülettel együtt maga is proiciálódik, továbbá könnyen azonosul azokkal a hatásokkal, amelyek a kötődés szempontjából számára jelentős környezetből őt érik. Ez magyarázza, hogy a káros környezeti hatás vagy a trauma korai életkorban a lelki fejlődés egészére kiható, patogén erővé válhat. Az ödipális stádiumban kialakuló felettes én archaikus kezdeményei már ebben a korai életkorban fellelhetők (Klein, 1955; Jacobson, 1964; Garza-Guerrero, 1981).

5. A személyiség a fejlődés során ebből a képlékeny, magszelfállapotból genetikailag kódolt érési folyamatok mentén haladva, egyre határozottabban különváltik környezetétől, azaz a személyiség belső és külső világa közötti határ egyre jobban megszilárdul. Ez egyszerre jelenti a realitásérzék kialakulását (Winnicott, 1945, 1965) és a viselkedés változásában is megfigyelhető, önálló érzelmszabályozás fejlődését (Mahler et al., 1975). Az énhatárok megszilárdulásának egyik első jele, hogy a gyerek képes a szülővel folytatott interakció során a szülővel együtt egy másik, mindkettőjük számára közös dologra is figyelni. Ez jelezheti, hogy

a kicsi képes már önmagát az interakcióban a másiktól függetlennek érzékelni. Ez a kognitív triád – baba, mama és a harmadik, amelyre figyelnek – előfutára lehet a Freud által leírt Ödipusz-komplexusnak és a szimbólum képződésnek (Calamandrei, 2022).

Ezek a folyamatok a második életév környékén a mentalizáció első megnyilvánulásaihoz vezetnek. A mentalizáció által a külvilág tapasztalataitól független, pszichológiai valóság egyre inkább hozzáférhetővé válik (Allen et al., 2008).

6. A személyiség egészséges fejlődéséhez arra van szükség, hogy a gondozói környezet – elsősorban a szülőpár – stabil kötődési lehetőséget és mintát nyújtson. A fejlődést elősegítő, stabil kötődési mintát jellemzi, hogy a szülőpár képes a gyermek érzelmi állapotait szabályozni, azaz képes a gyermekre ráhangolódni és annak érzéseit hitelesen, verbális és nem verbális csatornákon keresztül visszatükrözni (Gergely & Watson, 1996), továbbá képes őt kommunikáció segítségével megnyugtatni, de egyben a gyermek által igényelt szabadságot neki megadni. Önkifejezési próbálkozásait, később pedig önállósodási törekvéseit empatikusan megtámogatni (Kohut, 1984). Ugyanakkor képes arra, hogy saját érzelmi állapotait átélje, azokat hiteles és adekvát módon a gyermek felé kifejezze, végezetül képes a legnehezebb érzelmi állapotokból is visszatalálni szülői szerepéhez (Winnicott, 1949).

7. A pszichológiai fejlődés korai stádiumában elszenvedett trauma – azaz a túl intenzív társas hatás, vagy épp ellenkezőleg: a kapcsolat túlzott mértékű megvonása – a realitás érzékelésének 5. pontban leírt folyamatát nehezíti meg, illetve lehetetlenné teszi. Ez úgy történhet, hogy a számára megterhelő külvilágtól a szubjektív módon megélt személyiségrész – a szelf – a fantáziavilágba menekül, és így, a fantáziák segítségével igyekszik a káros élményeket hatástalanítani, illetve kontrollálni. Ennek a kontrolltörekvésnek az eredménye, hogy a traumatikus tapasztalat a szelférettől lehasítva és a külvilág tárgyaiba vagy a test működésével kapcsolatos érzetekbe proiciálva, tudattalanul létezik tovább. Az ilyen lehasított élmények a személyiség fejlődését károsan befolyásolhatják, a kül- és a belvilág érzékelését leronthatják, későbbi életkorban különböző súlyosságú és fajtájú kapcsolati, mentális és/vagy pszichoszomatikus problémák kiindulópontjaivá válhatnak (Gerhardt, 2004). A korai, káros tapasztalatok további, maradandó hatása lehet, hogy a traumát elszenvedett kisgyerekek a fantáziába menekülés stratégiáját egyfajta omnipotens megoldásként élheti át, és a későbbiekben olyankor is ehhez folyamodik majd, amikor már a külvilág nehézségeivel való megküzdés jelenthetné az adekvát megoldást. A fantáziába menekülés ezáltal az új tapasztalatok befogadásának, a személyiség fejlődésének, a változásnak kerékkötőjévé válik, és a legkülönbözőbb módokon vezethet stagnáláshoz, akár a felnőtt személyiség

működésének torzulásához (Novick & Novick, 2003, 2022). Általánosságban sok esetben feltételezhető, hogy a későbbi életkorban jelentkező pszichológiai problémák kialakulásánál a születést követő első néhány hónap káros tapasztalatai is jelentős mértékben közrejátszanak.

8. A realitásérzék egészséges megerősödése teremti meg a lehetőségét annak, hogy képesek legyünk későbbi életszakaszokban a külső és belső realitás közötti határt átmenetileg fellazítani, és ezáltal a kettő közötti, úgynevezett átmeneti térbe belépni (Winnicott, 1971). Ez a készség a lelki megújulás, a kreativitás és a közeli emberi kapcsolatok fenntartásához szükséges, kontroll alatt tartott szimbiózis szempontjából nélkülözhetetlen.

9. Az élmény, hogy önmagunkat és tapasztalatainkat beszédbe ágyazzuk, a verbális szelf (Stern, 1985) megerősödésével veszi kezdetét. Ez tesz képessé bennünket arra, hogy saját belső világunkat fel- és megismerjük, és hogy a vágyak, késztetések, valamint az elvárások, lehetőségek közötti viszonyokat egyre markánsabban, sokszor tudatosítható konfliktusként éljük meg. E fejlődés eredményeképpen a belső világ egyre inkább olyanná válik, amit a Freud (1923) által megfogalmazott kettős hármasság modellel, azaz a topológia (tudatos, tudatelőttes, tudattalan) és a struktúra (én, felettes én, ösztönén) összekapcsolásával egyszerűen megjeleníthetünk. A konfliktusként átélt viszonyok kezelésének képességét az erő jelzi, amely egyben a külvilághoz való alkalmazkodási készség fokmérője is.

Ebben, az ösztönpszichológiai szempontból ödipális korszaknak nevezett fejlődési stádiumban tapasztalhatjuk a mentalizáció határozottabb megnyilvánulásait. A lelki élet feltárásának és a másokhoz történő kapcsolódásnak új csatornái nyílnak meg ezáltal (Allen et al., 2008).

10. A serdülőkor az az utolsó fejlődési szakasz, amelynek során a hormonális és idegrendszeri változásokkal párhuzamosan a személyiség utolsó nagy átrendeződése megtörténik (Jacobson, 1964; Diem-Wille, 2017). Ekkor a korábbi pszichológiai fejlődés tapasztalatai és eredményei a szexuális érettség új tapasztalatainak és lehetőségeinek nézőpontjából rendeződnek és értelmeződnek át. A személyiség későbbi életszakaszokban megmutatkozó kontúrja, az identitás ekkor nyeri el végső formáját (Erikson, 1956; Laufer & Laufer, 1984).

A hitelesen megélt identitás egyszerre jelenti a tudatos emlékképek narratív koherenciáját és a szavakban megnyilvánulni nem tudó, sokszor tudattalanul működő érzések egyensúlyát, illetve e két tartomány: a verbális és a nonverbális harmonikus kapcsolatát. Korábbi fejlődési stádiumokat is tükröző, jelentős állomásról van tehát szó, amelynek megléte vagy hiánya a lelki egészség fontos fokmérője. Ennek megfelelően az identitás integritás vagy diffúzió – a korábban már említett

realitásérzéssel együtt – a pszichodinamikus szemléletű differenciáldiagnosztika kulcsfogalmait alkotja (Kernberg, 1984).

11. A későbbi életszakaszokban a test biológiai változásai és az ezekhez sokban kapcsolódó társadalmi elvárások miatt a személyiség új fejlődési kihívásoknak van kitéve. Ezeket a kihívásokat Erikson (1982) normatív kríziseknek nevezi. A normatív krízisek megoldására való képességben a korábbi fejlődési szakaszok tapasztalatai tükröződnek. A normatív krízisre adott adaptív válasz a személyiség további fejlődését eredményezi, az adaptív válaszra való képtelenség pedig jelzi, hogy a személyiség sérülékeny területe aktiválódott. Ekkor, megfelelő külső társas támogatás, illetve pszichoterápia hiányában, könnyen kóros lelki folyamatok indulhatnak el.

12. Az egészséges, felnőtt személyiséget tehát jellemzi a külső és belső tapasztalat különválasztására képes realitásérzék; az önmagát és személyes élettörténetét hitelesen megélni képes, integrált identitás; a saját magát és társas viszonyrendszerét több nézőpontból is végiggondolni és átérezni képes mentalizációs működés; továbbá az arra való képesség, hogy amikor igénye van és lehetősége adódik, akkor az átmeneti térbe „belépjen”, azaz képes legyen a játékra, a kreatív életöröme és átmeneti, szimbiotikus élményekre.

A pszichodinamikus diagnosztika kézikönyve és a személyiségdiagnózis alapfogalmai

Amikor pszichoanalízissel vagy pszichoanalitikus pszichoterápiával gyógyítunk, akkor a személyiség egészével dolgozunk még akkor is, ha az adott pillanatban valamilyen részprobléma – például tünet vagy konkrét életvezetési nehézség, kapcsolati krízis – áll a pácienssel végzett munka fókuszában. Ebből a holisztikus megközelítésből következik, hogy a pszichodinamikus pszichopatológia és diagnosztika számára a személyiség működésének feltérképezése elsődleges fontosságú.

Ezt a szemléletet jeleníti meg az amerikai pszichodinamikus klinikusok által kidolgozott, és először 2006-ban megjelentetett *Pszichodinamikus diagnosztikai kézikönyv* (Psychodynamic Diagnostic Manual – PDM). Jelentősége leginkább abban rejlik, hogy a pszichoanalitikus gondolkodásmódot a mentális egészségügyben dolgozó, pszichoanalitikusan nem vagy csak kevésbé képzett szakemberek számára könnyen érthető módon bemutatja. Ezáltal hidat képez a leíró és kategorizáló diagnosztikai rendszerek és az egyedi páciensre fókuszáló pszichoanalitikus megközelítés között. A könyv második kiadását (Lingiardi & McWilliams, 2017) elsősorban a DSM-5 megjelenése tette időszerűvé.

A PDM rendszere a DSM-IV mintájára tengelyek mentén épül fel, amelyek lehetőséget biztosítanak arra, hogy a páciens diagnosztizálható – azaz kategorizálható – problémáját a páciens egyedi működésmódjával, képességeivel és lehetőségeivel összefüggésben szemléljük. A PDM szempontjai segítséget nyújtanak egy egyénre szabottabb és megvalósíthatóbb kezelési terv felállításában.

A PDM első tengelyén a személyiség működését írja le, a személyiségszint (egészséges, neurotikus, borderline, pszichotikus) és típus – vagy szindróma – alapján. Ez utóbbi felosztásba a depresszív, a dependens, a szorongó-elkerülő, a kényszeres, a szkizoid, a szomatizáló, a hisztériás-hisztrionikus, a narcisztikus, a paranoid, a pszichopata, a sadista és a borderline tartozik.

A második tengelyen a lelki működés tizenkét intrapszichés és interszubjektív készsége képezi a vizsgálat tárgyát, négy fő csoportra osztva: 1. kognitív és affektív készségek (például figyelem, kommunikáció, mentalizáció); 2. identitás és kapcsolatok (például identitás integráltsága, intimitás, önértékelés); 3. elhárítás és megküzdés (például impulzuskontroll, elhárító működés, alkalmazkodókészség); 4. öntudatosság (például önreflexiós készség).

Az utolsó a harmadik tengely, amelyen az úgynevezett tüneti mintázatot találjuk. Ezek nagyban átfedésben vannak a DSM-IV első tengelyén található zavarokkal.

A PDM felosztása tükrözi a pszichoanalízis korábban már többször említett szemléletét, amely szerint a páciens megértéséhez és az árnyalt diagnosztikai kép kialakításához a személyiség feltérképezése a kiindulópont.

A személyiség működését a pszichoanalízis irányzatai különféle, az adott irányzat elméleti kereteihez illeszkedő fogalmakkal igyekeztek megragadni. Mielőtt ezek közül a fogalmak közül a legfontosabbak bemutatására rátérnék, előljáróban fontos néhány alapelvet tisztáznom a fogalmak és a pszichoanalitikus elméletalkotás természetét illetően.

A személyiség működését modellező fogalmak általában a közvetlen megfigyeléstől távolabb eső, lelki mechanizmusokat igyekeznek leírni. Ugyanakkor a fogalmak nagy része a pszichoanalitikus terápiás munka tapasztalatából származik. A munka során a terapeuta következtetéseket von le a páciens működésének lelki motívumait illetően, amelyeket aztán más pszichoanalitikusokkal megvitat. Ha elméletalkotásra motivált analitikus, akkor ennek a tevékenységnek könnyen új fogalom lesz az eredménye, amely aztán az elméletalkotó kreativitásának, kitarításának és talán egyéni faktoroknak is az eredményeképpen részévé válhat a pszichoanalitikus elméleti eszköztárnak. Az ilyen fogalmak segítenek megragadni a nehezen megfogható, tanítani a már megismertet és megosztani a tapasztalatokat másokkal. Ez utóbbi tevékenység során újabb fogalmak képződhetnek. Mivel

az elméletalkotás kiindulópontja a nagyon is egyedi tapasztalat, és mivel a fogalom a kutatási empiria számára nehezen hozzáférhető (Eagle, 2018ab), ezért a fogalom sokszor nem szigorúan definiált, illetve többféle értelmezési lehetőséget is magában hordozhat (Sandler, 1983). Tekintve, hogy a pszichoanalitikus fogalmak megalkotásának és használatának elsődleges célja a terápiás munka megsegítése, és a pszichoanalitikus terápiás munka a tudatos logika törvényszerűségeinek sokszor ellentmondó, tudattalan logikára ráhangolódva zajlik (Matte-Blanco, 1959, 1975, 1988), a fogalmak többértelműsége nemcsak hogy nem meglepő, hanem szükség-szerű és hasznos is. Hasznos azért, mert a fogalmak terápiás jelentősége abban rejlik, hogy általuk a pszichoanalitikus a terápiás órán megélt érzelmi állapotokat, illetve a tudattalan kommunikáció jelzéseit önmaga számára értelmezhetővé és ezáltal szabályozhatóvá és szakmai személyiségébe beépíthetővé teszi. A többértelműség nemcsak azt jelenti, hogy különböző pszichoanalitikus elméletalkotók egy kicsit más értelemben használnak egy bevett fogalmat, hanem azt is, hogy a különböző fogalmak jelentéstartománya átfedésbe kerülhet egymással.

Ez a terápia szempontjából hasznos többértelműség nem könnyíti meg a pszichoanalízis tudományos megítélését, fejlődését. Ezzel szemben a pontos definiálásra való jogos igény, amely már Freudtól kezdve kíséri a pszichoanalitikus elméletalkotás történetét (Holt, 2009), azt a veszélyt rejt magában, hogy a fogalmak által leírt, sokszor meglehetősen eluzív jelenségekre úgy kezdünk tekinteni, mintha azoknak konkrét, a pszichoanalitikus által megtapasztalt és megfigyelt kapcsolati tértől függetlenül is pontosan meghatározható, stabil létezése lenne. Ez pedig eltávolítja a fogalmakat, és elidegenítheti gondolkodásunkat a lelki működés és a terápiás helyzetek egyedi sokszínűségétől, ami által a fogalmak és a megélt terápiás realitás között szakadék alakulhat ki.

Mindezek miatt a pszichoanalitikus fogalmakat tárgyalva mindig szem előtt kell tartanunk, hogy leíró jellegűek, hipotetikusak és metaforikusak.

Az alábbiakban a különböző pszichoanalitikus modellek által megalkotott fogalmakat – amennyire a gondolatmenet logikája engedi – a modellek létrejöttének sorrendjében foglalom össze.

Az életösztön és a halálösztön fogalompárosa a lelki jelenségek energetikai vonatkozásának két irányát jelöli (Rabeyron, 2021). Általánosan jelentősége abban rejlik, hogy a lelki működést a testi működéssel és a társas viselkedéssel kapcsolatba hozza, és ezáltal kifejezi, hogy az ember biológiai, lelki és társas megnyilvánulásai egymással kölcsönhatásban működnek. A pszichopatológia szempontjából pedig a lelki jelenségek tünetképző, sokszor testi és társas folyamatokat is jelentős mértékben befolyásoló erejének magyarázatára szolgálhat.

Az *életöszton* a fejlődés hajtómotorja, az emberben működő integratív erők összefoglaló megnevezése. Kifejeződik a harmonikus testi és lelki működésben, a külvilág tapasztalatainak integrálására való készségben és a társas közeghez történő adekvát kapcsolódásban. Ezzel szemben a *halálöszton* a dezintegrációs és destruktív folyamatok energetikai hátterének összefoglaló megnevezése. A halálöszton túlsúlyának patológiás megnyilvánulásaként tarthatjuk számon a tünetekhez és a betegségtudathoz való ragaszkodást, azaz a betegségelnyők különböző fajtáit, a patológiás társas viszonyok fenntartására való törekvést, az auto- és heteroagresszív késztetéseket és cselekedeteket, végezetül pedig a lelki és pszichoszomatikus dekompenzációs folyamatokat.

Már folyamatban lévő pszichoterápia esetén, első megközelítésben, idetartoznak a terápiás folyamattal szemben fellépő ellenállás megnyilvánulásai. Azért csak első megközelítésben, mert a pszichodinamikus terápiák épp arra tesznek kísérletet, hogy a terápiás kapcsolatban megnyilvánuló kommunikációban, legyen az bármennyire destruktív még akár magára a terápiás folyamatra nézve is, a páciens kapcsolódási kísérletét, azaz nem a halálöszton, hanem az életöszton megnyilvánulását lássák meg. Ez a beállítódás és az ebből fakadó terápiás aktivitás vezethet el szerencsés esetben oda, hogy a páciens a terápia ellen ható kommunikációs stratégiáinak destruktív erejét felismeri, megérti és megváltoztatja.

Úgy is fogalmazhatunk, hogy a terápiában a páciens elhárításainak egy része a terápiával, a terapeutával és a terápiás folyamattal szembeni ellenállásként fejeződik ki (Gabbard, 2004). Az ellenállással folytatott munka tehát nemcsak a páciens terápia iránti elköteleződését – a terápiás szövetséget – erősíti meg, és nemcsak a páciens kapcsolati lehetőségeit javítja, hanem egyben lehetőséget teremt a terapeutának arra, hogy a páciens elhárításaira és ezáltal lelki ökonómiájának egészére jótékony befolyással legyen.

A gondolkodási folyamatok. A pszichoanalitikus megközelítés szerint a gondolkodás a személyiség működésének egy funkciója, ezért a gondolkodási folyamatok nem pusztán az információfeldolgozás és a környezethez való alkalmazkodás jellegéről, hanem általánosan a személyiség működésének minőségéről is tájékoztatnak. Pszichoanalitikus szempontból a gondolkodás egy spektrum mentén helyezhető el, amelynek egyik végpontját az *elsődleges (primer)* gondolkodási folyamatok által meghatározott *tudattalan logika*, másik végpontját a *másodlagos (szekunder)* gondolkodási folyamatok által meghatározott *tudatos logika* dominanciája jellemzi (Holt, 2009; Matte-Blanco, 1959, 1975, 1988). A tudattalan vagy érzelmi logika az általánosítás és a szimmetria elvei szerint működik. Ennek dominanciája esetén a belső fantáziavilág és a külvilágban érzékelt jelenségek közötti határ egyre jobban

elmosódik, illetve az önálló létezőkről alkotott kép kontúrjai is elmosódnak, így ezeknek a létezőknek az önállósága egyre inkább felszámolódik. Ezzel szemben a tudatos működést a határok érzékelése, az egyediség, a másság és a kettő közötti viszony vizsgálatára való törekvés jellemzi.

Kiegyensúlyozott lelki működés esetén a tudatos és a tudattalan logika harmonikusan együttműködik. A szekunder folyamatok a külvilághoz való alkalmazkodásnál nélkülözhetetlenek, a primer folyamatok pedig hordozzák a kreativitás és a lelki megújulás lehetőségét. Túlzott eltolódás bármely irányba tünetképző, és patológiát jelez.

Az *énerő-éngyengeség* páros a strukturális hármas felosztás (ösztönén – én – felettes én) középső tagját az alkalmazkodásra való készség szempontjából jellemzi. Az én feladata, hogy az ösztönén vágyai, késztetései és a felettes én követelményei, elvárásai között olyan egyensúlyt hozzon létre, amely alkalmassá teszi az egyént arra, hogy a külvilágból őt érő kihívásoknak a lehető legjobban megfeleljen. Az énerő tehát azt is jelzi, mennyire erősek, kezelhetők a belső konfliktusok, azaz hogy a belső világ mennyire harmonikus, rendezett. Ezzel szemben az éngyengeség nemcsak a külvilághoz való alkalmazkodás nehézségeit, hanem egyben a lelki világ rendezetlenségét is jelzi, ami pedig felveti annak valószínűségét, hogy az egyént személyiségfejlődésének korai, kritikus szakaszaiban számára feldolgozhatatlan tapasztalatok érték.

Az énerőt a *tudatelőtttes* működésének minősége is jelzi. A tudatelőtttest a kognitív pszichológiából kölcsönzött fogalommal definiálva azt mondhatjuk, hogy arról a tartományról van szó, amely a végrehajtó funkciók (Barkley, 2012) zavartalan működését biztosítja azáltal, hogy a tudattan tartalmakat a szükséges módon és mértékben bocsátja a tudatos lelki működés és viselkedés rendelkezésére. A tudatelőtttes tehát egyfajta „átmeneti tér”, amely képes a tudattalan és a tudatos tartalmak közötti közvetítésre. Ha a tudatelőtttes nem megfelelően működik, akkor a tudattalantól származó tartalmak a tudatos működést káros módon befolyásolják vagy akár el is lehetetlenítik, miként azt például szorongásos, depresszív állapotokban tapasztalhatjuk.

A tudatelőtttes deficitese működése pszichoszomatikus problémákban is kifejeződik, amikor is a belső feszültségek lelki megélésére, mentalizációjára nincs elegendő „tér”, ezért ezek túlzott hangsúllyal és a testi működést károsító erővel nyilvánulnak meg (Aisenstein & Smadja, 2010).

A strukturális hármasság része a *felettes én*, amelynek zavara a legkülönbözőbb pszichológiai problémák járulékos vagy akár központi oka lehet. A felettes én zavarának intenzitása és minősége utal a személyiség működésének színvonalára (Garza-Guerrero, 1981). Rigid, túlzó működést feltételezhetünk például morális mazochizmus és az önértékeléssel kapcsolatos szorongásos és depresszív problémák esetében. Az agresszív és ezáltal nehezen integrálható felettes én kifejeződik disszociatív önsértésekben és perszekutoros fantáziákban. A felettes én különböző mértékű hiányával pedig a pszichopátiás megnyilvánulásokat modellezhetjük.

Az én egyensúlyozó szerepét az *elhárító* – más szóval *évvédő* – *mechanizmusok*, röviden elhárítások segítségével végzi, amelyek a lelki homeosztázis fenntartását szolgálják. Egy olyan automatikusan és nagyrészt tudattalanul működő rendszer-ről van szó, amely az ént segíti, védi a számára túl intenzív külső és belső hatásoktól, illetve az azok által kiváltott szorongástól. Az önmagunk szubjektív megélését középpontba állító szelfpszichológia nézőpontjából úgy fogalmazhatunk, hogy az elhárítások szerepe az önmagunkba, saját képességeinkbe vetett hitnek és a pozitív szelfképnek, vagyis az önértékelésnek a védelme (Cramer, 2006). Mivel lelki egyensúlyvesztés esetén az én alkalmazkodóképessége csökken, továbbá az erős szorongás a testi folyamatokra is káros hatást gyakorol, ezért az évvédő mechanizmusok kulcsfontosságú szerepet töltenek be nemcsak az adaptáció és a lelki egyensúly, hanem a testi egészség fenntartásában is.

A modern pszichoanalitikus szakirodalom az elhárításokat hierarchiában tárgyalja (McWilliams, 2011; Gabbard, 2014). A hierarchiát jellemezhetjük az érő, a szorongás mértéke és a személyiség működésének vagy szerveződésének szintje alapján. Ezek szerint fogalmazhatunk úgy, hogy a hierarchia alján a gyenge énműködésre, intenzív szorongásra és pszichotikus vagy súlyosabb borderline személyiségműködésre utaló elhárítások találhatók. Ezeket pszichotikus szintű, primer vagy primitív elhárításoknak nevezzük. Idetartozik a hasítás, projektív identifikáció, szomatizáció, szkizoid visszahúzódás és fantáziálás. Következő szinten az erősebb énműködésre, enyhébb szorongásra és neurotikus vagy enyhébb borderline személyiségműködésre utaló érettebb, neurotikus vagy szekunder elhárítások találhatók. Ezekre példa az elfojtás, az intellektualizálás vagy a reakcióképzés. A hierarchia csúcán az egészséges vagy érett elhárításokat találjuk, amelyek a realitással adaptívan megküzdni képes ént, alacsony szintű szorongást és az egészséges vagy enyhén neurotikus személyiséget jellemzik. Ezekre példa a szublimáció vagy a genuin altruizmus. Az egészséges elhárításokat – szemben a primer és szekunder elhárításokkal – nagyfokú tudatosság és célorientáltság, valamint a külső valóság pozitív irányú megváltoztatására tett aktivitás jellemzi.

Az alacsony szintű elhárítások központi eleme a hasítás. A hasítás jelzi, hogy az én – a korai gyermekkor fejlődési stádiumát megidézve – erőtlen, és ezért nem képes megőrizni saját integritását a fellépő szorongással szemben. A homeosztázis fenntartása érdekében a szorongást okozó tartalmakat és sokszor az azokkal kapcsolatban álló énrészeket el kell távolítania magától. Ehhez egyéb elhárításokat (például fel- és leértékelést, projektív identifikációt, szomatizációt vagy szkizoid fantáziálást), illetve ezek legkülönbözőbb kombinációit használhatja. A lelki egyensúly ilyenfajta helyreállításáért azonban nagy árat fizet: mivel a külső és belső realitás egy részét el kell tagadnia, a személyiség rugalmassága csökken, alkalmazkodási lehetőségei szűkülnek, a realitás érzékelése sokszor jelentős mértékben torzul.

Ezzel szemben a szekunder elhárítások dominanciája azt jelzi, hogy az én integritása és ezzel együtt a személy realitásérzéke is megtartottabb. És bár a feszültségek csökkentésének ez esetben is inkább a belső szabadság korlátozása az ára, ez a korlátozás jóval kisebb, az egyén külvilághoz való viszonyát kevésbé torzító, mint a primer elhárítások esetében.

Érett elhárítások alkalmazásakor az én elég erős ahhoz, hogy a szorongásból fakadó energiát tudatosan megformálja, és abból valami, sokszor a külvilág számára is hasznos produktumot hozzon létre. A realitáshoz való viszony szempontjából tehát az elhárítások a realitás érzékelésének torzításától vezetnek a realitás építő jellegű, aktív megmunkálása felé.

A fentiekből következik, hogy az egy adott pillanatban dominánsan működő elhárítások színvonala alapján következtethetünk a személyiség aktuális működésének szintjére: minél magasabb szintű elhárítások a meghatározóak, annál rugalmasabbak, alkalmazkodóképesebbek vagyunk. Ha azonban átlagosnak mondható élethelyzetekben is gyakran kell archaikus elhárításokhoz folyamodnunk, az azt jelzi, hogy személyiségünk instabil, könnyen sebezhető. Hiszen a primer elhárítások aktivitása mutatja, hogy a hétköznapi szokásos stresszhatásai is igen nagy mértékű szorongást váltanak ki bennünk.

A tudattalan fantáziák és az enactmentek: azok a lelki tartalmak, amelyeket a páciens szavakban kifejezni nem tud, és/vagy teljes mértékben tudattalanok, sokszor a tudatos kommunikációs csatornákat megkerülve fejeződnek ki. Egyik lehetséges módja ennek az, hogy a páciensre ráhangolódott analitikusban a páciens érzéseket és fantáziákat kelt. Ezek sokszor nem kapcsolódnak közvetlenül a páciens mondanivalójához, azoktól néha meglehetősen távol esnek és/vagy ellentmondanak nekik. Ilyenkor a kellően képzett analitikus a benne keletkező mentális tartalmakat, illetve a páciens beszédét és viselkedését egyszerre megfigyelve e belső

tapasztalatokat a külső megfigyelésekkel összefüggésbe hozza, és ezáltal felismerheti, hogy a benne keletkező érzések, gondolatok vagy akár testérzetek a páciens olyan tudattalan tartalmaival kapcsolatosak, amelyeket csak így képes kifejezni. Ilyenkor a páciensből származó tudattalan fantáziák megnyilvánulásairól beszélhetünk, amelyek személyiségműködésének rejtettebb tartalmait jelenítik meg (Jimenez, 2017).

A másik lehetséges kifejeződése a tudatosan nem megfogalmazható tartalmaknak az *enactment*, amelyet talán viselkedéses megjelenítésnek vagy lejátszásnak fordíthatnánk. Enactment esetén az analitikus azon kapja magát, hogy a pácienssel szokatlan, rutinjától eltérő módon beszél vagy viselkedik. Elemezve magában a helyzetet, felismerhetővé válhat a számára, hogy valamiféleképpen a páciens belső világából származó szereppel azonosult, és annak megfelelően beszél vagy viselkedik (Polmear, 2019). Az *enactment* tehát a páciensből származó tudattalan fantázia külső megnyilvánulása, amelybe az analitikus saját érzékenysége mentén bevonódik, és így ketten észrevétlenül létrehoznak egy sajátos kommunikációs helyzetet. Mivel közösen létrehozott jelenségről van szó, ezért az *enactment*ek felismerése és értelmezése nemcsak a páciens megismerése és a terápia előrehaladása, hanem az analitikus önismereti fejlődése érdekében is fontos (McLaughlin, 1991). A viselkedéses formát a pszichoanalitikus diagnosztikai első interjú esetében szcenikus elemnek is nevezzük (Argelander, 1970).

A verbális és viselkedéses *enactment*re példának hozhatjuk az esetet, amikor a diagnosztikus interjú során a terapeuta azon kapja magát, hogy szokatlanul bátorítóan kérdezi az egyik páciens, vagy egy másik páciens érkezésekor – számára is meglepő módon – automatikus mozdulatot tesz, hogy lesegítse a páciens nehéz télikabátját. Az interjú során fény derülhet arra, hogy az első páciens még mindig édesanyjától várja, hogy erősítse meg őt a hétköznapiak során, illetve a második páciens nemrég veszette el az édesapját, akinek a viselkedését mindig gondoskodónak élte meg. Mindkét esetben a páciens intenzív vágyait kifejező tudattalan fantázia („Segíts rajtam, legyél az anyám!”, illetve „Apa éljen benned tovább!”) reprodukálódik a páciens és az analitikus közötti viszonyban.

A biztonságos és a bizonytalan kötődési stílus a korai anya-gyerek interakcióból ered. A legkorábbi életkortól alakuló, internalizált mintákról – internalizált munkamodellekről – van szó, ezért működésük utalhat a verbalitást megelőző kapcsolati viszonyok és az önálló érzelmszabályozási képesség minőségére. A bizonytalan kötődési stílus megnehezíti a közeli társas kapcsolatok fenntartását, és mivel a stressz kezelésének nehézségével jár együtt, hajlamosít a legkülönbözőbb pszichopatológiai zavarok kialakulására (Danquah & Berry, 2014).

A kóros szelftárgyműködésből a személyiség megélésének és értékelésének – azaz a szelfnek – a stabilitását kikezdő, *narcisztikus* sérülésre következtethetünk (Kohut, 1984). Egészséges szelféretet esetén önértékelésünk integrált és aránylag stabil. Ezért nincs arra szükség, hogy a körülöttünk lévőket intenzív lelki folyamatok – leginkább fel- és leértékelés – segítségével az önértékelés stabilizálására használjuk. Narcisztikus sérülés esetén azonban emberi kapcsolatainkat a kóros szelftárgyműködés uralja. Ez azt jelenti, hogy a velünk kapcsolatba kerülő másik embert gyakran csak önértékelésünket stabilizáló tényezőként érzékeljük. A kóros szelftárgyműködés a leértékelés-idealizáció diádja mentén, kétféleképpen nyilvánulhat meg. Idealizáció esetén a személy önmagát értéktelennek tartja, saját értékét csak a másinak alárendelve tudja megélni. Leértékelés dominanciája esetén csak annyiban tudja értékelni saját magát, amennyiben a vele kapcsolatban állókat leértékeli. Differenciáldiagnosztikai szempontból a patológiás szelftárgyműködés vizsgálata a borderline és a narcisztikus személyiségzavar elkülönítésében segíthet, amennyiben az idealizáció és a leértékelés gyakori váltogatása inkább a borderline zavarra, az egyik pólus stabilabb fenntartása pedig inkább a narcisztikus patológiára jellemző. Ezekkel szemben egészséges szelftárgyműködés esetén a felértékelés-leértékelés pólusai enyhülnek és a reális kapcsolati igények mentén kerülnek alkalmazásra. Azaz közeli emberi kapcsolatainkban kölcsönösen és igény szerint szerepet cserélve erősítjük meg egymást, nyújtunk biztonságot egymásnak.

A tárgy- és a szelfképzet (vagy tárgy- és szelfreprezentáció) integráltsága és egymáshoz fűződő viszonyának minősége kapcsolódik a fent tárgyalt szelftárgyműködéshez. Integrált tárgy- és szelfképzet alatt azt értjük, hogy az érzelmileg jelentős másik személyekről, illetve saját magunkról alkotott képünk és ezekhez fűződő érzelmi viszonyulásunk a különböző élethelyzetek által kiváltott ellentétes érzelmi állapotok dacára is képes fennmaradni. Időben kivetítve jelenti az élettörténeti narratívánk folytonosságát: „ez és ilyen voltam én, ez és ilyen vagyok most, így lettem ezzé és ilyenné”; illetve: „ő az, akit szerettem és szeretek, vagy épp gyűlölök, és így vált ilyenné kapcsolatunk”.

Az integrált szelf- és tárgyképzetet lelkünkben a pozitív tapasztalatokból származó pozitív viszonyulás kapcsolja össze, amely a fentebb már bemutatott életöszton lelki kifejeződése, érzelmi megélése pedig a szeretet. Viselkedésben mint gondoskodás és gyengédség nyilvánul meg. Ezzel ellentétes, a lelkivilágot alkotó reprezentációk szétzilálása felé mutató késztetés a halálöszton megnyilvánulása, amelyet gyűlölet és agresszív késztetések formájában élünk át. A korai életkorban elszenvedett, traumatizáló hatások agresszió által uralt, zilált tárgyvilághoz vezetnek, ez pedig torzítja a szelfstruktúrát, illetve akadályozza a szelf

önálló működését. Minél nagyobb mértékű ez a torzító hatás, annál súlyosabb a lelki zavar (Summers, 1994).

Végezetül a *mentalizáció* azt a komplex készséget jelöli, amelynek segítségével saját lelki folyamatainkat és a másik ember lelki folyamatait gondolatilag modellezzük, érzelmileg átéljük és a viselkedéssel összefüggésbe hozzuk (Allen et al., 2008). A mentalizációt több szempontból is megközelíthetjük. Ezek: intrapszichés és interszubjektív, emocionális és kognitív, tudatos és automatikus, illetve tudatelőttés és tudattalan. Intrapszichésen a mentalizáció saját lelki folyamataink, illetve viselkedésünk mögötti belső motivációk megélését és tudatosítását jelenti. Az interszubjektív aspektus alatt azt értjük, hogy a másik ember viselkedéséből következtetni tudunk a viselkedést kiváltó lelki tartalomra, illetve képesek vagyunk azt érzelmileg átélni. Önmagunk felé a megértés és a tudatosítás a kognitív aspektus, míg a másik emberre irányulva ez „gondolatolvasás”-ként jelenik meg. Az érzelmi átélés és az empátia adja az emocionális részt. A mentalizáció sok esetben automatikusan, azaz tudattalanul működik, de lehet tudatos erőfeszítés eredménye is, vonatkozzon akár intrapszichés, akár interszubjektív területre, és működjön akár kognitív, akár érzelmi módon. Tudatos erőfeszítésről akkor beszélhetünk, amikor a mentalizált tartalom a tudatelőttésből aránylag könnyen előhívható.

Összegezve tehát, az élet- és halálöszön, a primer és szekunder gondolkodási folyamatok, az énerő és éngyengeség, a tudatelőttés és a felettes én, az elhárító mechanizmusok, a tudattalan fantáziák és enactmentek, a szelftárgyműködés, a kötődés, a tárgy- és szelfképzetek, valamint a mentalizáció talán azok a legfontosabb pszichoanalitikus fogalmak, amelyekkel a lelki működés egészét aránylag könnyen és áttekinthetően értelmezni tudjuk. A lelki működés funkcióiról van tehát szó, amelyeknek kóros működése magyarázza pszichoanalitikus szempontból a leíró diagnosztika (BNO, DSM) által osztályozott pszichopatológiai jelenségeket. Ezeket a fogalmakat egységben tekintve a személyiségdiagnosztika rendszeréhez jutunk, amely objektív szempontrendszerével átmenetet képez a külső megfigyelésre építő, leíró diagnosztika és a klinikus belső megélését előtérbe helyező pszichoanalitikus szemlélet között.

A személyiségdiagnosztikai gondolkodás

A személyiségdiagnosztika rendszere a lelki működés imént leírt funkciói alapján a személyiség működésének három szintjét különbözteti meg: az *egészséges-neurotikus*, a *határeseti (borderline)* és a *pszichotikus* szintet (Kernberg, 2004; McWilliams, 2014, Lingiard & McWilliams, 2017). A differenciáldiagnosztikai határt a neurotikus és határeseti szint között az *identitásdiffúzió*, a határeseti és a pszichotikus szint között pedig a *realitásérzék* jelzi. Fontos ugyanakkor szem előtt tartanunk, hogy a személyiség sosem teljesen egységes, és különböző részei eltérő szinteken működhetnek. A diagnosztikai folyamat során az aktuálisan domináns személyiségrészt feltérképezése mellett az aktuálisan szubdomináns részek működését, továbbá ezeknek a részeknek az egymáshoz való viszonyát, a társas hatásoknak és az életeseményeknek való kitettségét, végül a személyiség szerkezet kialakulásának főbb állomásait is igyekeznünk kell megismerni. A pszichoanalitikusan képzett és gyakorlott diagnosztika számára a pszichoanalitikus első interjú (Argelander, 1970; Kernberg, 1984) és a körültekintő élettörténeti anamnézis általában elégséges eszköz a személyiség diagnosztikai célú megismerésére és a pszichoanalitikus indikáció megfogalmazására.

A személyiség szerveződés szintjeire visszatérve a határeseti működést tehát az identitásdiffúzió jellemzi (Akhtar, 1984, 1992). Ekkor a szelf- és a tárgy-reprezentációk egymásnak ellentmondóak, ennek megfelelően saját magunkhoz és társas környezetünk fontos személyeihez fűződő kötődéseink bizonytalanok, szélsőségek által uraltak vagy patológiás szelftárgyviszonyulásokban rögzültek. Az érzelmi-ösztönéletet inkább az agresszió, illetve az agresszió által vezérelt fantáziavilág uralja, amely intenzív szorongásteli alapbeállítottságot eredményez. Az intenzív szorongást a gyenge én döntően primer elhárítások segítségével tudja csak a hétköznapi funkciók végrehajtásához szükséges szinten tartani. A felettes én nem kellőképpen integrált, és a korai fejlődési stádiumok nyomait viseli, ezért lehet énidegen, túlságosan szigorú, súlyosabb esetben pedig büntető, szadista jellegű. Az éngyengeség primer gondolkodási működésben, *acting out*, szomatizációra és disszociációra való hajlamban, illetve a mentalizáció zavarában nyilvánulhat meg.

A neurotikus és az egészséges működést a konszolidált identitás jellemzi, ahol is a szelf- és tárgy-reprezentációk koherensek, a szorongás mértéke alacsonyabb, így az erősebb én a stresszel rugalmasabban, főleg magasabb szintű elhárítások segítségével képes megküzdeni. A felettes én integráltabb és szelídebb, a realitásérzék nagyobb erejét a szekunder gondolkodási folyamatok túlsúlya jelzi. A szeretet érzelmi dominanciája és az ehhez kapcsolódó fantáziavilág a pozitív

kötődési kapcsolatok stabilitásában is megnyilvánul, illetve lehetővé teszi a mentalizáció magasabb szintű működését.

Végezetül, pszichotikus szinten a primer gondolkodási folyamatok dominanciája a realitásérzék alapvetően lehetetleníti el. A szelf- és tárgyrepresentációk összemosódása oly mértékű, hogy magával hozza a kül- és a belvilág érzékelése közötti határ elmosódását. A belső representációk és a külvilágból származó érzékletek sokszor a legkülönbözőbb formában, bizarr módon lépnek fúzióra egymással. A külső realitás és a fantázia keveredéséből alaptalan meggyőződések – téveszmék – és érzékletek – hallucinációk – alakulhatnak ki. A gyenge én primer elhárítások segítségével sem képes a magas szintű szorongással kellő mértékben megbirkózni, ezért a külvilághoz való alkalmazkodás képessége csökken, és mivel a lelki egyensúly visszanyerésére tett kísérletek a fantáziaműködés által kontamináltak, ezért a viselkedés bizarrá válhat. Mivel az identitás és a kötődési kapcsolatok megélése is a fantáziavilág uralma alatt áll, ezért a mentalizációs készség csak sporadikusan működik.

Mint azt korábban írtam, a pszichodinamikus diagnosztikai felfogás szerint a tünetek a személyiség egyensúlyvesztésének termékei. A tünetek fajtájából és intenzitásából ezért az egyensúlyvesztés súlyosságára, azaz a személyiség működésének szintjére következtethetünk. A tünetorientált, leíró diagnosztikai rendszerek – a BNO és a DSM – főbb kategóriái összefüggésbe hozhatók a személyiségdiagnosztika szintjeivel. Mivel különböző alapfeltevésekből építkező rendszerekről van szó, ezért a megféleltetés csak hozzávetőleges és általános, konkrét páciensekkel folytatott munka hozhat meglepetéseket.

Mindezek figyelembevételével általánosságban azt mondhatjuk, hogy a személyiségzavarok, az identitást alapvetően érintő zavarok és a szexuális tárgyválasztás zavarai, a súlyos disszociatív és szomatoform kórképek, a szorongás és a depresszió súlyosabb megnyilvánulásai, végezetül az önálló lelki szabályozás súlyos deficitjét jelző impulzuskontroll-problémák és addikciók leginkább a határeseti (borderline) személyiségszerveződés szintjén mozognak. A tartós realitásvesztéssel járó, affektív vagy nem affektív hangsúlyú zavarok a pszichotikus szinthez, míg a közepes és enyhe depressziós és szorongásos zavarok inkább a neurotikus spektrumhoz tartoznak.

A trauma, mellyel egy későbbi fejezetben még részletesebben foglalkozunk, a legkülönfélébb módon képes hasítani a személyiséget. Ha pedig korai, a lelki fejlődés szempontjából kritikus stádiumokban szenved el valaki, akkor a személyiség integratív fejlődésének folyamatát alapjaiban gátolhatja. Ezáltal a legkülönbözőbb zárványok alakulhatnak ki a személyiségben, amelyek változatos és előre nem bejósolható módon és formában akadályozhatják a személyiség egészséges

részeinek működését. Találkozhatunk esetekkel, ahol a trauma a személyiség explorálható felszínétől távol esik, és ezért a diagnosztikai fázis során a személyiség diszfunkcionális részei jobbra rejtve maradnak. Ilyenkor csak a terápia megkezdése után éri a szakembert a felismerés, hogy a személyiség működését valamilyen feldolgozatlan trauma gátolja.

Példának hozhatjuk Ferencet, aki rendezett családból származó, szakmájában sikeres, megnyerő külsejű férfi. Fő problémájaként arról beszélt, hogy nem képes intim kapcsolatokban érzelmileg kitartó maradni. A diagnosztikai fázis felmérése során semmilyen jelentősebb traumára nem derült fény, amely a problémát magyarázta volna. A probléma jellege, a motiváció és az introspekcióra való készség miatt a klinikus hosszú, pszichodinamikus terápiát indikált. A terápia nyomán derült fény Ferenc gyermekkorának meghatározó elemére, amikor is egy életveszélyes és később szegyenletesnek ítélt baleset után, amelyet ő a diagnosztikai interjúban említésre méltónak sem tartott, több hétig kórházi kezelést kapott szüleitől távol. A terápiában rekonstruálható volt, hogy a kórházból kikerülve korábbi viselkedése megváltozott. Visszahúzódó lett, indulatkitörések és enyhébb önsértéses késztetések gyötörték, amelyek korábban nem voltak jellemzőek rá. Komolyabb pszichológiai segítséget a trauma feldolgozására nem kapott, a tünetek maguktól, néhány hónap alatt rendeződtek. A pszichodinamikus terápia védett terében, a terapeutával megélt áttéti viszonyban aktiválódó félelmet és indulatot könnyen kapcsolatba lehetett hozni a felmerülő traumatikus emlékekkel és azokkal az intimitásproblémákkal, amelyekről Ferenc szabadulni szeretett volna.

A pszichoanalitikus szemléletű pszichodiagnosztika alapelvei

A pszichodinamikai diagnózis megalkotása során a páciens belső működésének egészéről és a működés kialakulásának történetéről igyekszünk képet alkotni. Olyan összetevőkről is, amelyek nemcsak a páciens, hanem sokszor a klinikus számára is tudattalanok. A tudattalan részek feltérképezésében a külső megfigyelés alapján levont következtetések mellett az erre speciálisan képzett klinikus saját mentális reakcióiból levont következtetések is fontos szerepet játszanak. Ez azért van így, mert feltételezzük, hogy a kommunikáció nonverbális csatornákon keresztül is zajlik, és az így közvetített információ a személyiség tudattalan, sokszor preverbális rétegeibe enged betekintést. A nonverbális jelek a klinikusban kiváltott asszociációk formájában vagy egyéb módokon, például hangulatok, érzések, emlékképek, fantáziák, testérzetek, esetleg akaratlan cselekvések által nyilvánulhatnak meg. Ezek a jelenségek a viszontáttétel formakörébe tartoznak.

A viszontáttételt a klinikusban a pácienssel folytatott munka során keletkezett mentális tartalmak összességéként definiálhatjuk (Etchegoyen, 1991). A pszichoanalitikus munkában nem csupán a diagnózis megalkotásánál, hanem az egész terápiás folyamat során központi jelentőségű. A viszontáttétel három forrásból származik (Purcell, 2004), amelyek elkülönítése a viszontáttétellel való munka fontos eleme. Az első a páciensből származó tartalom, a második a terapeuta saját élettörténetéből származó, aktualizált érzékenység, a harmadik pedig a terapeuta által internalizált szakmai tudás. Ezek elkülönítéséhez, dekódolásához és szakmai felhasználásához alapfeltétel, hogy a klinikus minél inkább ismerje saját belső világát és reakcióit, és alapvetően kényelmes legyen ezekkel. A pszichoanalitikus-képzés gyakorlati részei, a sajátélményű terápia és az egy esetet hosszan követő, elmélyült szupervízió leginkább a viszontáttétel szakmai felhasználását lehetővé tevő készségek fejlesztését hivatott elősegíteni.

A diagnózis megalkotásának folyamatát hipotézisalkotás sorozataként jellemezhetjük, amelyben a szakember a páciens működéséről mentális reprezentációt épít fel magában. Ezt a reprezentációt aztán az új információk fényében mindig újra megvizsgálja, és ha szükséges, módosítja. Ez a folyamat a pszichoanalitikus számára formálisan ott ér véget, ahol a szakember eldönti, tud-e kezelést ajánlani a páciensnek. Valójában azonban, ha páciens és analitikus terápiát kezd, akkor a diagnózisalkotás a diagnosztikai szakasz lezárulásával nem ér véget, hanem a terápiás folyamat végéig fennmarad. Hiszen a terapeuta folyamatosan megfigyeli és – bár sokszor nem szándékosan – értékeli is a páciens állapotát, és tudatosan vagy tudattalanul ehhez az állapothoz hangolja intervencióit.

A pszichodinamikus diagnosztikai munka első állomása az előmező, amely a pácienssel kapcsolatos ismereteknek, érzéseknek és fantáziáknak az összességét jelenti, amelyek még a pácienssel való első, diagnosztikai célú találkozás előtt keletkeztek az analitikusban (Argelander, 1970). Például egy kolléga felhív telefonon, és megkérdezi, tudnék-e vállalni egy „érdekes” páciensst. Mivel elég jól ismerem a kollégát ahhoz, hogy sejtsem, mi számára az érdekes, megjegyzése által automatikusan kezdetét veszi bennem a páciensről alkotott hipotézis megalkotásának folyamata. Vagy például e-mailt kapok valakitől, amelyben kifejti, hogy sok jót hallott felőlem, és sok rossz terápiás tapasztalata után végre szeretne igazi terápiába járni. A levél olvasása során támadt érzelmi reakcióimat tudatosítva és más páciensek hasonló megnyilvánulásaiával összehasonlítva megindul bennem a hipotézis megalkotásának folyamata a páciens működéséről.

A pácienssel létrejött első szakmai találkozó, a pszichoanalitikus interjú a diagnosztikus folyamat következő állomása. A jó interjú megalapozza a későbbi együttműködést. Ebből a szempontból mondhatjuk, hogy az interjú terápiás

értékű, ami akkor is igaz, ha nem követi terápia. Az interjú során szerzett élmény megalapozza, illetve erősíti a pszichológiai módszerek és az ilyen módszereket alkalmazó szakemberek iránti bizalmat, egyben ösztönöz az elmélyültebb pszichológiai gondolkodásra.

Az interjú során szerzett információk három forrásra vezethetők vissza: külső vagy objektív, belső vagy szubjektív és interaktív vagy szcenikus (Argelander, 1970). Objektív forrásnak tekinthető mindaz, amit a páciensről érzékszerveink által fel foghatunk, tehát amit hallunk, leginkább a kérdésekre kapott válaszok; amit látunk – a páciens megjelenése, viselkedéses jegyei –, vagy amit egyéb módon – például a kézfogás pillanatában, tapintással – érzékelhetünk. A szubjektív forrás a viszontlátéti reakciókat jelenti. A szcenikus elem a lelki tartalmak eljátszását, interaktív-viselkedéses megjelenítését, vagyis az interjúszituációban megjelenő enactmenteket jelöli. Ennek során páciens és klinikus észrevétlenül lejátszának valami olyan jelet, amely jól megjeleníti a páciens belső lelki világának problémáját. Legtöbbször váratlanul történik, így megértésére általában csak az esetet követően kerülhet sor. Például a bemutatkozás pillanatában a páciens nő kiejt a zsebéből valamit, a klinikus pedig ösztönösen lehajol érte. Az interjú során aztán a páciens arról beszél, mennyire zavarja őt, hogy szülei életképtelennek tartják, és még most is állandóan segítenek neki. Ezzel a páciens és terapeuta bemutatkozó interakciója elnyeri egy lehetséges értelmét: a páciens ügyetlensége és a terapeuta gondoskodása a páciens és a szülők közötti kapcsolatot jeleníthette meg. A páciens ösztönös viselkedésével bemutatta és a terapeutát partnerévé téve lejátszotta egyik központi problémáját.

Az interjú során a terapeuta a páciens verbális és nonverbális jelzéseit, illetve saját viszontlátéti érzéseit követve változtatja az empatikus megfigyelő és az empatikus kérdező pozícióját. Mivel az empátia nem a páciens patológiás személyiségrészeinek történő behódolás, hanem a páciens terápiás igényeinek képviselője, ezért az interjú során alkalmazott értelmező és konfrontatív intervenciók nem mondanak ellent az empatikus beállítódásnak. Az empatikusan alkalmazott értelmezés és konfrontáció a diagnózis és a pszichoterápiás indikáció megállapítása szempontjából lényeges, mivel a páciens ezekre adott reakciója sokszor bevilágító a személyiség működésére nézve (Kernberg, 1984).

Az interjú két, egymásnak ellentmondó tényezőt hordoz: egyrészt egyedi helyzete és célkitűzése nagyobb szabadságot ad a terapeutának, hiszen feladata, hogy minél rövidebb idő alatt minél többet felderítsen, és a terápiás indikáció kérdésében döntésre jusson. Ugyanakkor a páciens és a terapeuta közötti kapcsolat még nem elég erős, a terapeuta sem ismerheti kellőképpen a páciens teherbírását. Ezért a felderítésre irányuló túlzott igyekezet nemkívánatos következményre vezethet.

Ez történt a sikeres üzletember, Zsombor esetében, aki az első interjú során hosszasan szidta korábbi terapeutaikat, és az épp választandó terapeuta felé hatalmas követelményt állított: arra kérte, hogy kreativitását gúzsba kötő depresszióját három hónap alatt mulassza el, mert azután üzleti útra kell mennie, és nem ér rá. A terapeuta nyomás alatt érezte magát, és mivel az interjú a vége felé járt már, úgy döntött, teszteli a páciens teherbírását, hátha alkalmas egy intenzív rövid terápiára, amely ha sikeres, legalább valamennyire relativizálhatja a páciens pszichés rendszerét láthatóan uraló, pusztító narcizmust. Az interjú alapvetően jó hangulatban telt, a terapeuta úgy érezte, megtalálták a közös hangot. Bízva abban, hogy a páciens korábbi, hosszabb-rövidebb pszichodinamikus pszichoterápiás tapasztalatai során alapvető belátást szerezhetett saját lelki működésébe, és ezért a konfrontatív intervenció sem lehet számára túlzottan kényelmetlen, a terapeuta úgy fogalmazott, hogy neki az a benyomása, a páciensnek az a legfőbb baja, hogy akkora a narcizmusa, csoda, hogy befér az ajtón. A páciens kicsit megdöbrent, de intenzívebb érzelmi reakciót nem mutatott. Az interjú végén egy következő találkozásban egyeztek meg abból a célból, hogy a konkrét terápia lehetőségeit latolgassák. Az új találkozás szükségességének az is nyomatékot adott, hogy a páciens az első interjúra nem vitt pénzt, és azt mondta, a következő alkalommal fizet. Néhány nap múlva azonban a terapeuta levelet kapott tőle, amelyben gúnyos hangvételben értekelte le a terapeuta munkáját, és egyben megfenyegette, hogy jogi lépéseket foganatosít, ha a terapeuta esetleg válaszolna neki. A páciens reakciójából nyilvánvaló, hogy a terapeuta érzékenységet elhomályosította a ránehezedő döntéskényszer és – feltehetően – az interjú során a páciens leértékelő hangvétele nyomán benne tudatalanul felhalmozódó agresszió. Ezáltal nem vette észre a páciens narcizmusában rejlő paranoid érzékenységet. A páciens leértékeléssel és a diagnosztikai ülés honoráriumának visszatartásával büntette meg a terapeutát.

A pszichoanalitikus gyakorlatban az interjú és az ezzel egybekötött megfigyelés általában elégséges eszköze a pszichodinamikai diagnózis felállításának és az indikáció megállapításának. Az áttételi folyamatok és a viszontáttételi reakciók szakszerű monitorozása, a pszichoanalitikus elméletek és klinikai tapasztalat megfelelő szintű integráltsága teszi lehetővé, hogy a pszichoanalitikus klinikus a diagnosztikai folyamatban kellő rugalmassággal és szakszerűséggel úgy vegyen részt, hogy miközben a folyamatot a páciens igényeihez igazítja, a folyamat végére mégis a diagnózishoz szükséges információk birtokába jusson.

A pszichoanalitikus által folytatott diagnosztikai folyamatnak a legritkább esetben képezi részét klinikai tesztek vagy kérdőívek felvétele, illetve strukturált interjúk alkalmazása. Ennek az lehet a magyarázata, hogy a pszichoanalitikus

szakember képzése során kell lelki jártasságra tesz szert ahhoz, hogy a klinikai anyag objektíválását, strukturálását és elemzését már saját mentális terén belül, külső segédeszközök használata nélkül is el tudja végezni.

Az interjú, illetve a diagnosztikai szakasz egésze – mint azt már fentebb is írtam – terápiás értékű, azonban nem terápia, és nem is része annak, hanem attól elkülönülő, illetve azt előkészítő mozzanat. Terápia akkor indulhat, ha az interjú során az analitikus felderítette mindazt, ami az indikáció felállításához szükséges, és ezek után a diagnosztikai fázis ismereteit a javasolt módszer vagy módszer-kombináció alapelveivel együtt a pácienssel átbeszéli. A páciens kellő tájékoztatáson alapuló beleegyezését – *informed consent* – követően születhet meg a terápiás szerződés, mellyel a terápia kezdetét veszi. Még akkor is, ha a diagnosztikai szakasszal a folyamat lezárul, például mivel a páciens a terápiás javaslatot nem fogadja el, a diagnosztikai tapasztalat a hasznára válhat.

A diagnosztikai fázis kapcsán érdemes az etikai kérdésekre is kitérni, mivel a terapeuta etikai felelőssége a diagnosztika megindításával veszi kezdetét, és az itt életbe lépő alapelvek végigkísérik a terápia egész folyamatát, sőt a terápiát követő időszakokra is iránymutatóul szolgálnak (Gabbard, 2016). Valójában három, egymással kapcsolatban álló alapelvről beszélhetünk, amelyekről elmondható, hogy nem pusztán a páciens védelmét szolgálják, hanem technikai szempontok is, azaz a jó színvonalú diagnózis és terápia megvalósításának feltételei.

Az első a helyes motiváció, amely elsősorban a páciens iránti empátikus, segítő szándékú, érdeklődő beállítódást jelenti, ami nem tévesztendő össze egyfajta konfliktuskerülő, formális nyájassággal, de nem jelent tolakodó kíváncsiságot sem. Az áttételi-vizontáttételi kapcsolat szövevényében sokszor nem könnyű tisztán látni, de amennyire csak lehet, szem előtt kell tartanunk, hogy a páciens azért keresett fel minket, mert segítséget kér, illetve arra van szüksége. Kérdéseinket e cél érdekében tesszük fel, intervencióinkat ez motiválja, akkor is, ha a páciens sokszor nem tudja, vagy nem tudja elfogadni azt, hogy számára mi is lehet a valódi segítség. Ennek megfelelően a megfáradt vagy nem kellően képzett terapeuták által hangoztatott „nehéz páciens” fogalma csak mint vizontáttételi érzés hordoz információt. Hiszen természetes, hogy a páciens személyiségének „nehéz” oldalát mutatja nekünk, illetve terápiás szempontból örvendetes is, ha így cselekszik. Így aztán kellően alapos terápiákban minden páciens előbb-utóbb „nehéz” lesz, ki ezért, ki amazért.

A helyes motivációhoz tartozik még az is, hogy az analitikus a terápia jellegéből fakadó határokat és korlátokat elfogadja, és nem téveszti szem elől. Példaként gondolhatunk arra a páciensre, akinek visszatérő igénye volt, hogy alkalmanként öleljem meg. Múltjából sok minden felhozható volt, és ő fel is hozott ennek

az igénynek az alátámasztására, és még azt sem lehetett kizárni, hogy egy ilyen fizikai kontaktus más keretek között valamilyen gyógyító hatást tehetett volna rá. Az azonban bizonyos, hogy a gyógyítás igényének ilyenfajta megnyilvánulása egy analitikus jellegű pszichoterápiában épp az ellenkező hatást éri el, kártékony a páciensre, a terápiára és az analitikusra egyaránt. Ennek oka, hogy az analitikus spektrum terápiái nem tartalmaznak ilyen jellegű intervenciókat, ezért aztán ezeket a vágyvezérelt, rendhagyó cselekvéseket nem lehet terápiás intervencióként a terápia folyamatába integrálni, és a terapeuták sincsenek kiképezve arra, hogy terápiásan használjanak és integráljanak ilyen jellegű megnyilvánulásokat. Az analitikusnak tudnia kell, hogy ha úgy dönt, elhagyja a terápia által kijelölt kereteket, akkor a terápiában rejlő lehetőségeket teszi kockára, és ezzel tulajdonképpen a páciens érdekeit saját onnipotenciaérzésének rendeli alá. Tanulság, hogy a pszichoterápiák során bekövetkező etikai hatásvértések, illetve a páciensek sérelmére elkövetett abúzusok általában ilyen, kezdetben ártalmatlannak és igazolhatónak tűnő cselekvésekből indulnak ki (Gabbard, 2016).

A másik fontos etikai szempont a titoktartás, ami azt jelenti, hogy az analitikus csak a páciens megértéséhez és kezeléséhez szükséges módon és mértékben oszt meg bármit mindabból, amit róla megtudott. Konkrét részleteket tehát csak a páciens lelki működésének megértését szolgáló adekvát helyzetben, azaz pszichodinamikus háttérrel működő szupervízióban tárhat fel. Ebben a helyzetben a titoktartás szabályainak hatóköre kitágul: nem pusztán a klinikust, hanem a klinikus-szupervízor párost, illetve a klinikus által látogatott szupervíziós csoportot is magában foglalja. Minden egyéb szükséges helyzetben – például a páciens gyógyszeres kezeléséért felelős pszichiáterrel történő konzultáció során – az analitikus csak a páciens érdekében elengedhetetlen mértékű és formájú kommunikációba bocsátkozhat. Például fölösleges a páciens indulatainak tartalmi részleteiről beszámolni, ha a közlés klinikai értéke csak annyi, hogy a páciens indulatkezelési problémákkal küzd.

Intő példa a pszichodinamikus képzésre járó osztályos pszichológus esete, aki a pszichoterápiásan képzetlen pszichiáter kollégája vélt elvárásainak való megfelelés érdekében, és egyben talán, hogy a viszontátétel súlyától valamelyest megszabaduljon, azaz „ventiláljon”, az osztályos referálón részletekbe menően számolt be a pácienssel folytatott terápiájának aktuális üléséről. A soron következő nagyvizen a kezelőorvos jóindulatúan lépett a pácienshez, és fennhangon mondta vissza a terápiás ülésről szerzett értesülést: „Hallom ám, hogy bántalmazná az édesanyját. Hát, így sajnos nem tudjuk ezen a hétvégén hazaengedni!” Nem meglepő talán, hogy a páciens számára a pszichológusba és feltehetően a pszichológiai segítségnyújtásba vetett bizalom is alapjaiban rendült meg.

A viszontáttétel gyakran olyan súllyal nehezedik a terapeutára, hogy az terápián kívüli viszontáttételi acting outot is okozhat. Ez különösen gyakori akkor, ha a terapeuta személyiségében épp nem eléggé teherbíró vagy nem eléggé képzett, illetve ha szakmai szempontból káros csoportnyomás hatása alatt áll. Például amikor terapeuták „buliznak”, és pácienseiket általánosságban szóba hozva – nyilván azért, hogy legalább az anonimitást megtartsák – sokszor „paci”-ként hivatkoznak rájuk. Vagy amikor a terápiás folyamatról viccet mesélnek.⁵ Az ilyen és az ehhez hasonló kártékony megnyilvánulások nemcsak a pszichoanalitikus beállítottságot és ezáltal az érintett terapeuta szakmai színvonalát rombolják, hanem a szakma egészére is rossz fényt vetnek, általánosságban nehezítve meg a terápiás szövetség erősödését. Hogy mennyire kártékony mindez, talán úgy érthető meg a legjobban, ha behelyezkedünk az érintettek helyzetébe, mondjuk, azáltal, hogy elképzeljük, akkor hallunk ilyeneket, amikor épp magunk vagy egy számunkra kedves ember keres terápiát egy súlyos élethelyzeti válság miatt.

Példaként eszembe jut az eset, amikor egy páciens a nyíltság és a zárkózottság furcsa keverékét jelenítette meg az első interjún. Erre irányuló kérdésekre elmondta, hogy bár én szimpatikus vagyok neki, és hinni is akar abban, amit mondtam, tudniillik, hogy ami itt történik és elhangzik, az köztünk marad, de sajnos van neki több pszichológus barátja is, akikkel az esti sörözéskor gyakran terelődik a szó a munkájukra, és olyankor bizony nem épp a titoktartás és a páciensek nehézségei iránti együttérzés jellemzi a társalgást. Belátható, hogy ilyen tapasztalatokkal nem könnyű bizalmat építeni.

Az eddig tárgyalt két etikai alapelv, a motiváció és a titoktartás nemcsak a pszichoanalitikus beállítódásra, hanem *mutatis mutandis*, a mentális egészségügyi tevékenység egészére érvényes. Azonban a harmadik alapelv, amely az előző kettővel bensőséges kapcsolatban áll, leginkább a pszichodinamikus terápiák sajátja, mivel a pszichoanalitikus beállítódás lényegéből következik; ezt a belső határok elvének nevezhetjük.

Magyarázatul érdemes felidézni: a pszichodinamikus spektrum terápiáira jellemző, hogy a páciens belső, lelki egyensúlyában igyekszünk változást elérni, ettől reméljük, hogy a tartós változás akár külső, viselkedéses szinten is létrejön. És bár ez nem mindig következik be automatikusan, hanem a belső egyensúly és a viselkedéses beidegződés közötti kapcsolaton, illetve a viselkedésváltozáson néha külön is dolgozni kell, az ilyen típusú terápiában a fő hangsúly a lelki tartalmakkal folytatott munkára esik. Annál inkább így van ez, minél közelebbi az adott terápiás ülés hangulata a standard pszichoanalitikus üléshez. Ebből következik, hogy

5 Szerencsére csak egyet hallottam: „Hogy halad a borderline terápiája? – Hasít.”

a legfontosabb határ a belső és külső realitás között húzódik, ez képezi minden etikai és technikai kérdés alapját. Azaz minél inkább képes a pszichoanalitikus a páciens belső világának közvetlen megnyilvánulásaira, vagyis az áttételi és viszontáttételi jelenségekre fókuszálva dolgozni, annál jobban ki tudja aknázni az analízisben rejlő változtatási potenciált. Ehhez pedig ajánlatos a páciens terápiás téren kívüli megnyilvánulásaival felmerülő esetleges kapcsolatot – például Facebook-posztok, közös rendezvények – lehetőség szerint teljességgel beszüntetni.

E harmadik alapelv áthágásából fakadó nehézségre érdemes azt a látszólag ártalmatlan esetet felidézni, amikor a terapeuta saját személyes kíváncsiságát kielégítendő a páciens aktivitásának igyekezett a közösségi médiában utánakeresni. Általános pszichoterápiás szempontból ez a határátlépés az első alapelvet sérti, hiszen a terapeuta keresgélését saját ösztönkielégítése motiválta. A folyamatban levő terápia technikai nehézsége itt abban rejlik, hogy tudja-e, illetve miként tudja majd a terapeuta integrálni a páciensével folyó munkájába mindazt, amit róla titokban megtudott, miként számol majd el önmagának és esetleg a páciensnek ezzel a „titkos kalanddal”, továbbá hogyan tud majd őszinte nyitottsággal kommunikálni, amikor titkos zárványokat őriz magában arról a személyről, akitől elvárja, hogy őszintén tárulkozzon fel neki. Minél inkább az érzékeny és regresszív lelki rezdülésekre, a tudattalanra hangolódunk rá, ezek a kérdések annál nyomasztóbban merülnek majd fel, kísértik a terapeutát, a pszichoanalízisben megszokott, éber-regresszív tudatállapot – a *reverie* – fenntartását pedig meglehetősen megnehezítik. Standard analízisben az analitikus ezért ügyel arra, hogy saját belső tudati terét, amennyire csak lehet, tisztán tartsa a külső realitás „szennyeződésétől”, mert így tudja csak az analízisben rejlő sajátos lehetőségeket kihasználni.

Etikai kérdésként is felfogható a terápiás téren kívüli kapcsolattartás szabálya, amely teljes szigorúsággal a diagnosztikai szakaszt követő terápiás szerződéssel lép valójában érvénybe, bár már a páciens első bejelentkezésétől kezdve fennáll implicit formában. Ez röviden úgy fogalmazható meg, hogy minél kevesebb, annál jobb. Azaz minél szigorúbb az analitikus a terápiás tér tisztaságát illetően, annál nagyobb biztonságot és szabadságot teremt a terápiás téren belül. Gyakran tapasztaljuk, hogy a páciensnek mennyire nehéz szabadjára engedni a negatív áttételt, azaz szidni és gyűlölni a terapeutát. Nem válik-e a lehetetlenségig nehezzé ez a feladat akkor, ha a páciensben felmerül, hogy a terapeutával aztán a terápián kívüli realitásban is dolga lehet? Általában pedig feltételezhetjük, hogy minél kevésbé ismeri a páciens az analitikust mint terápián kívüli személyt, annál könnyebben változtatja majd át őt saját múltjából származó szereplővé. Röviden szólva: az analitikus anonimitásának célja az áttétel elősegítése. És mivel feltételezzük, hogy a pszichoanalízis a kialakult áttételek folyamatos értelmezésén, továbbá az ezáltal

keletkező újszerű tapasztalatokon keresztül fejti ki gyógyító hatását, belátható, hogy az anonimitás az analitikus terápiák egyik fontos etikai-technikai szempontja (Baker, 1993; Gabbard, 2016).

Persze mint minden általános technikai alapelv, az anonimitás sem rigid szabály. Nem térhetünk ki az ettől való tudatosan vállalt eltérés, az úgynevezett önfeltárulkozás elméleti hátterére és alkalmazási körére (Kuchuck, 2009), ami a pszichoanalitikus elmélet és technika magasabb szintű alkalmazásához tartozik. Kezdő és középfaladó analitikusként a nem ártás alapelvét követve mindig az anonimitásból kell kiindulnunk, és majd csak jóval később, kellő tanulás és tapasztalat után érdemes újragondolni ezt a szabályt, feltéve, hogy technikánkhoz és akkorra már jobban körvonalazódott analitikus személyiségünkhöz egy ilyen rugalmasabb megközelítés illeszkedik jobban.

Témánkhoz kapcsolódóan végezetül beszélnünk kell még a terápia lezárulását követő kapcsolattartásról; itt néhány szempontot kell számba vennünk. Az egyik az áttétel sorsa az analízis, illetve a hosszú dinamikus terápia lezárása után. Empirikus vizsgálatok arra engednek következtetni, hogy a terápiát követő öt-tíz évben az áttétel még fennmarad, sőt erősödhet is (Gabbard, 2016). Továbbá még ártalmatlanabb esetben sem tudhatjuk, hogy a terápia lezárását követő személyes kapcsolat miként befolyásolja a terápia során kialakult, de a lezárást követően még képlékeny, internalizált áttételi képet, rontva ezzel akár a volt páciens terápiában kialakult lelki stabilitását. Annyi azonban bizonyos, bármi történjék is, magánemberként terápiásan ezzel dolgozni már nem tudunk.

A másik szempont a terapeuta elérhetősége. Valójában sosem tudhatjuk, volt páciensünknek a jövőben mikor lesz szüksége ránk, és valójában vannak esetek, ahol a sikeresen lezárt terápia után alkalmi konzultáció igen hosszan, akár évtizedeken át is fennmarad (Gabbard, 2009). A terápia lezárását követő, nem terápiás jellegű kapcsolattartás ettől a lehetőségtől fosztja meg a volt páciensét. Felvethető továbbá még az is, hogy a terápiás kapcsolat lezárás utáni „átminősítése” alapjaiban ingatja meg a terápiás jellegű együttműködés stabilitásába vetett bizalmat, hiszen joggal érezheti a volt páciens, hogy ha egy terapeuta így viselkedik, akkor egy másik miért tenne másként.

Gondolnunk kell továbbá az analitikus viszontáttételből származó, tudatlan motivációjának kérdésére is. Ha a terápia lezárását követően analitikus és volt páciense bármiféle személyes kapcsolatba kezd, joggal merülhet fel a gyanú, hogy a kapcsolatot a terápia során kialakult, nem átdolgozott áttétel-vizontáttétel hajtja, és maga a lezárás is ennek a váagnak volt alárendelve. Sem terápia, sem személyes kapcsolat szempontjából nem kívánatos egy ilyen hajtóerő.

Speciális helyzet a képzési analízis, illetve terápia, ahol a volt páciens később kollégánk, akár munkatársunk is lehet egyben. A személyes együttműködés ilyen esetekben nem kizárható, különösen, ha kisebb szakmai közösségről van szó. A volt kiképzőre azonban ilyenkor talán még nagyobb felelősség is hárul a lezárt terápia utáni szakmai és emberi kapcsolat kezelését illetően. Az analitikusnak sosem szabad szem elől tévesztenie, hogy jelenlegi kollégája korábban páciense volt. Ezzel ellenkező mentalitásra sajnálatos példa akad bőven. A kollegialitás ürügyén könnyen történik visszaélés, miként arra Gabbard (2016, p. 92) is felhívja a figyelmet:

„[...] közismert, hogy nagy tekintélyű, idősebb analitikusok korábbi analizáltjaikból verbuválnak támogató csapatot oktatási tervek támogatására vagy szakpolitikai pozíciók elnyerésére, kihasználva ezzel a tudattalan áttételt és a korábbi lojalitást. Ezzel a korábbi analizáltak lekötelezve érezhetik magukat a kiemelt bánásmód miatt, lemondanak józan ítélőképességükről, és ehelyett korábbi analitikusuk autoritására támaszkodnak [...] Még arra is van példa, hogy korábbi páciensek gondozzák megöregedett exanalitikusukat, mintha a szüleik lennének.”

Összefoglalva: bár a terápiák lezárását követő időszak legalább annyira egyedi, mint maguk a terápiák, néhány alapelv megfogalmazható (Gabbard, 2016). Mivel a pszichoanalitikus terápiák lezárásában rejlő legfőbb lehetőség, hogy pácienseink felszabadulhatnak az áttételben hordozott patológia nyomása alól, a terapeuta fokozott óvatossága kollégák esetében is legalább a terápia lezárulását követő öt-tíz évben indokoltan tűnik. Nem kolléga esetében pedig mindenképp empatikusan reaktív magatartás kívánatos a terapeuta részéről, azaz volt páciense igényeihez alkalmazkodva, saját szükségletkielégítési igényeit monitorozva, kontrollálva és a segítő szándékot alapvetően megtartva kell részt vennie egy esetleges interakcióban, vagy megtagadnia azt. Sok esetben a *once a patient, always a patient* alapelv sem tűnik túlzónak, hiszen inkább illúzió, mint valóság azt feltételeznünk, hogy bármilyen jó és mély analízis vagy terápia képes lenne az áttételt és a viszontáttételt teljességében és mindörökre felszámolni (Gabbard & Ogden, 2008).

Az elmondottakból nyilvánvaló, hogy szexuális természetű kapcsolat volt páciens és volt terapeuta között nem sokkal kevésbé abszurd, mint egy ilyen etikai határátlépés egy még élő terápiás kapcsolatban. A terapeuta személyiségére fókuszálva pedig érdemes eltűnődnünk azon, hogy milyen lelkületről árulkodik, ha valaki volt pácienseire támaszkodva építi vagy restaurálja személyes vagy szakmai kapcsolatrendszerét, illetve elégíti ki vágyait.

A terápiás téren kívüli és a terápia lezárulását követő kapcsolattartás alapelveinek összefoglalásával már a terápiás keretek témakörét is érintettük. Ezzel részletesebben a következő fejezet foglalkozik.

A pszichoanalitikus terápia keretképző tényezői: az idő, a tér és a pénz

Az idő a terápiában

Pácienseinkben a pszichoanalízis időbeli állandósága, rendszeressége és hossza ambivalens érzéseket kelt. Egyszerre nyújt gyógyító erejű biztonságot és kelt félelmet. Ez a félelem néha olyan erejűvé válhat, hogy maga a terápia is veszélybe kerül.

Így, a terápiás tapasztalatokból kiindulva, hamar általánosabb kérdésekhez juthatunk: mi a jelentősége az időbeli folytonosság élményének az ember lelki életében? Miként keletkezik és hogyan sérülhet ez az élmény? És a terápiához visszatérve: miként jelenik meg mindez az áttételi helyzetben?

Az időbeli stabilitás terápiás jelentőségét szemlélteti Zsolt esete, aki jó intellektusú, középkorú férfi volt, gondolati és viselkedéses elemeket egyaránt tartalmazó kényszeres tünetekkel, kötődési nehézséggel és enyhe impulzuskontroll-zavarral jelentkezett. A tünetek hátterében kötődési traumát tártam fel, amely aránylag könnyen kapcsolatba hozható volt a tünetekkel. A páciens jelentős szenvedésnyomást élt át, és az analízisre motiváltak mutatkozott.

A heti három találkozással zajló standard analízis második évében a kényszertünetek hirtelen megszűntek. Az analízisnek ebben a szakaszában nagy hangsúlyt kapott a keretfeltételek átbeszélése. A páciens számára katartikus erejű volt, amikor közlésem, hogy én akkor is jelen vagyok az órán, ha ő nem jön el, érzelmi belátássá vált. A kényszertünetek azután tűntek el, hogy a belátásból fakadó érzést két egymást követő alkalommal is az órán meg nem jelenéssel tesztelte.

A tünetekkel folyó munka során a páciens a szülői ölelés hiányáról beszélt, amelyet kényszergondolatokkal és cselekvésekkel igyekezett feltölteni. Stabil jelenlétem tudata talán a vágyott ölelés élményét nyújthatta számára, ezért tudott átmenetileg a tünetről lemondani.

Azonban, mint oly sokszor, a katarzisz most sem hozott végleges megoldást. A kényszertünetek egy hónap múlva lassan visszatértek, bár messze nem a korábbi erőteljes és kínzó módon. A tünetektől való megszabadulás tapasztalata

a későbbiekben is alapvető referenciapontként szolgált, megélt bizonyosságot nyújtva számára és számomra is a változás lehetőségéről.

Jelenlétem folytonosságának érzete nem csak ennek a páciensnek jelentett sokat. Sokuktól többször is hallottam már, hogy olyan, mintha a terápián kívül nem is léteznék, mintha örökké ott lennék a terápiás térben. És várnék rá – folytathatnám a gondolatmenetet. A páciens archaikus biztonságigényének kifejeződéseként is értelmezhetjük az ilyen kijelentéseket. Mintha szelfkoherenciájának záloga lenne az a stabilitás, amelyet az állandó és változhatatlan jelenlétemről szóló fantázia biztosít.

Ez a fantázia látványosan sérül a terápiás találkozások végén. Vannak páciensek, akik az utolsó néhány percben már elhallgatnak. Ha sikerül szóba hoznom a jelenséget, kiderülhet, hogy a kontrolligény egyfajta megnyilvánulásáról van szó. A páciens nem kíván témát félbehagyni, inkább átveszi az irányítást, hogy hallgatásával ő szabja meg, mikor van az óra vége. Megtörténhet, hogy a kontroll aktív formában is kifejeződik: a páciens valóban kimondja, hogy az ülés befejeződött, és maga kezdeményezi a távozást. Egy súlyosan traumatizált, impulzuskontroll-problémával küzdő páciens pedig rendszeresen összeveszett velem az óra második felében, és legtöbbször dühösen távozott. Évek teltek el, mire sikerült beazonosítanunk a mintázat mögötti szorongást. Az óra második felében már nőtt benne a feszültség amiatt, hogy vége lesz az ülésnek. Az ülés vége tudattalanul megidézte benne azokat az emlékeket, amikor gyermekkorában többször is, hosszú időre magára hagyták. A szorongás az ellenem megélt indulatban tudott testet ölteni, és egyben levezető csatornát találni. Sokszor hosszabb idő telik el a terápiákban, mire ezek az óra vége által megprovokált jelenségek enyhülnek, illetve a tudatos feldolgozás számára hozzáférhetővé válnak.

Egy hangsúlyosan narcisztikus problémával jelentkező páciens indulatos tónussal a következőképpen reagált az óra végét jelző „köszönöm” formulámra a rákövetkező alkalommal: „Olyan volt, mintha nekicsapott volna egy vasajtónak.” Mintha feje szétloccsant, ő pedig megsemmisült volna. Mintha a kettőnk közötti kapcsolat átmeneti megszakadása őt magát, saját szelférzetének folytonosságát pusztítaná el. És mintha ezt szándékosan én tenném. És valóban, többször kell felhívnom a figyelmet arra, hogy az idő múlására nincs befolyásom, a terápia indulásakor megállapított keretek engem éppúgy köteleznek, mint őt. Mindig könnyebb azonban azt érezni, hogy valaki a hibás, mintsem elfogadni, hogy életünket alapvető meghatározó folyamatokra semmilyen hatásunk nincs. Az onnipotencia maradványa ez, amely az analitikus hibáztatásakor projektív formában nyilvánul meg.

A bemutatott példákból következhetne, hogy a páciensek egyértelműen igénylik a pszichoanalízis vagy a hosszú pszichodinamikus terápia kohezív szelf-érzetet erősítő, időbeli stabilitását, illetve annak megnyilvánulásait, a gyakoriságot és a hosszú időbeli lefutást. A gyakorlati tapasztalat azonban ennek sokszor ellentmond. Többször is átéltem, hogy a hozott problémához illeszthető indikációt módosítani kellett, mert a páciens nem tudta vállalni a hosszú terápia stabil kereteit. Ilyen esetekben legtöbbször valamilyen külső, racionálisan is belátható okot fogalmaz meg, olyasmit, amivel a terapeuta is könnyen empatizál. Az esetek egy részében azonban nyilvánvalóvá válik, hogy inkább kifogásról van szó, hiszen más tevékenységekre szívesen áldoz legalább annyi időt az illető, mint amennyit például egy analízis megkövetelne. Hasonló tapasztalataim állami egészségügyi dolgozóként is voltak, amikor kizárólag tb-alapon dolgoztam, és így a terápiák semmilyen anyagi terhet nem jelentettek a páciensek számára.

Felmerülhet tehát, hogy valami nemkívánatos, talán félelmetes lehet a túlzott gyakoriságban, rendszerességben, állandóságban. Interszubjektív szempontból mélyben megbúvó kötődési ambivalenciára gyanakodhatunk, intrapszichésen azonban felmerülhet bennünk, hogy az időbeli stabilitás érzetének és ezzel összefüggésben a szelf folytonosságérzetének megtapasztalásával kapcsolatos probléma lehet. Mi tehát az időélmény, ha pszichoanalitikusként vizsgáljuk?

Az idő megtapasztalását első megközelítésben a freudi struktúrában segítségével, áttekinthetően ragadhatjuk meg. Eszerint beszélhetünk felettesén-jellegű, énjellegű és ösztönénjellegű időélményről.

A felettes énhöz kapcsolódó időélmény a kultúra által hordozott és az egyén felnövekedése során lassan elsajátított időélményt jelenti, amelyben az idő folytonosan és valahonnan valahová tartva halad, továbbá stabil és meghatározott részekre – órák, napok, hetek és így tovább – bontható (McLuhan, 1964). Feltehetően a betűírás élményére vezethető vissza a nyugati civilizáció emberének azon képessége, hogy a valóságot olyan lineáris folyamatként érzékeli, amely azonos mértékű/értékű egységekre bontható. Felbontásuk után pedig ezek az egységek könnyebben áttekinthetők és kontrollálhatók, mint egy szubjektíven megélt folyamat. Az emberi együttélésből fakadó komplex viszonyok fenntartásához – a természet ritmusától egyre inkább független – objektív referenciapontok szükségeltetnek. Az emberi együttélés összetettebbé válásával párhuzamosan az idő feletti kontroll megszerzése is egyre alapvetőbb igényként jelentkezhett. Az írásbeliség és a mérhető idő összefüggésére utal, hogy az óraszerkezet használata az írásbeliséget magas fokon kultiváló közegben jelent meg először (McLuhan, 1964). A mechanikus óra először a 13. század környékén tűnt fel Európában, azzal a céllal, hogy a szerzetesek közös

szertartásaikon a meghatározott időt pontosabban követhessék (Kurtz, 1988). Csak az objektíven mért idő által válhatott a késés bűnné, a pontosság erényé.

Az objektív idő felettesén-természete a terápiás térben látványosan jelenik meg, amikor a páciens a terápia időbeli kereteit feszegeti, például azzal, hogy késik, korábban érkezik, vagy egyéb módokon (Rose, 1997). Mondjuk, arra kér, hogy hamarabb fejezzük be az ülést, mert neki el kell mennie. Az adott viselkedés konkrét, áttételi okai gyakran feltárhatók, és egyedi értelmezést igényelnek. A közös ok azonban az időbeli keretek elleni lázadás, amelyről általánosan kijelenthetjük, hogy az ellen a szabály ellen irányul, amely az egyén fejlődése számára is aránylag késői fejlemény. Az objektíven mért idő gyakran korlátozó természetéről beszélünk, amelynek elfogadása valójában csak a felnőtt identitás kialakulásával, az időhöz való viszonyt közvetítő kultúra internalizálásával és a személyes korlátok, végső soron pedig az élet végességének elfogadásával esik egybe (Bonaparte, 1940). A terápia időbeli keretei elleni lázadást tehát az objektív időélmény világánál ősbib, preödipális késztetések szítják.

A felettesén-jellegű időélményről szól még az a sokszor hangoztatott vélemény, hogy a mai ember életritmusába a pszichoanalízis nem illeszthető bele, gyakorisága és időbeli stabilitása miatt. Bármi legyen is az álláspontunk erről, azt nehéz kétségbe vonnunk, hogy a páciens személyiségével és kötődési stílusával történő munkához stabil időbeli keretekre és nagyobb gyakoriságra van szükség, egybek mellett azért is, mert az objektíven mérhető és a szubjektíven megtapasztalt idő ütközése az analitikus térben (Sabbadini, 1989) jótékonyan hat a személyiség és a mentalizáció fejlődésére. Egy ilyen ütközés feltételeit azonban csak az biztosítja, ha az objektív idő stabil keretrendszere a terápián belül kellő súllyal érvényre juthat. A szubjektív módon megélt idő említésével a nem felettesén-jellegű időélmények tárgyalásához érkeztünk.

Az énjellegű időélmény, amely a többé-kevésbé koherens, szubjektív idő átélését jelenti, a jelen, a múlt és a jövő valamiféle differenciálódásával veszi kezdetét. A differenciálódásban konstitucionális és személyközi faktorok egyaránt szerepet játszanak. A testi jelzések, például a légzés, illetve a külső ingerek, így a diurnális ritmus, jelenthetik az időélmény első mozzanatait (Wearden, 2001; Oberndorf, 1941). Az anyával való szoros együttlétben tapasztalja meg először a csecsemő a társas tér által létrehozott időélményt, amely később a felettesén-jellegű időélményben nyeri el végső, objektivált formáját. Ezekhez az interperszonális élményekhez tartozik az anya saját biológiai ritmusa, illetve az a ciklus, amelyet az etetéskor érzett kielégültségérzet és az éhség idején megélt vágyódás hoz létre (Bergler & Róheim, 1946; Hartocollis, 1974; Abraham, 1976; Priel, 1997). A vágy

megjelenése, vagyis az élmény, hogy az éhséget nem azonnal követi jóllakottság, a jövő megtapasztalásának első mozzanata lehet.

Kleinianus–kernbergi elméleti keretben úgy modellezhetjük az énjellegű időérzék fejlődését, hogy a csecsemő kezdetben a nem jelenlévő, frusztrációt okozó rossz tárgyat egy kielégülést okozó jó tárgy hallucinatorikus felidézésével igyekszik távol tartani. Ez a paranoid-szkizoid pozíció világa. Az én erősödésével a szelf-és tárgyrepresentációk megszilárdulnak, és az így létrejövő depresszív pozícióban a hallucinatorikus vágykielégítést egyre inkább az anticipáció váltja fel. Ezzel párhuzamosan, a jelenben megtapasztalt frusztráció egyre inkább különvállik a korábban megélt kielégültség állapotától, ami a múlt, és az ebből fakadó reménytől, azaz a jövőtől. Az így létrejövő, háromdimenziós időélmény (jelen, múlt, jövő) a tárgyállandósággal együtt szilárdul meg (Hartocollis, 1974; Arlow, 1984), amely neuroanatómiailag egybeesik az epizodikus emlékezetért felelős hippocampusz érésevel és a verbalitásért felelős bal félteke egyre erősödő dominanciájával. Ezek a változások hozzátévelegesen a születés utáni 18. hónaptól indulnak el (Black, 2006). Ettől kezdve a kisgyerek egyre inkább képessé válik arra, hogy emlékeiben is fel tudja idézni, és szavakban is ki tudja fejezni önmagát, saját tapasztalatait. A narratív idő és ezzel együtt a narratív identitás (Priel, 1997) a verbális szelf-élménnyel (Stern, 1985) együtt születik meg. Az énjellegű időélmény a nyelv használatán keresztül természetes észrevétlenséggel ágyazódik bele a felettesén-jellegű időélménybe, azaz a személyes tapasztalatot a kultúra formálja, és ezáltal hordozójává is teszi.

Elliott Jaques (1982) eltérő fogalmakat használva tárgyalja azt, amit én az imént felettesén-jellegű és énjellegű időélménynek neveztem. Az ókori görög filozófiai hagyományra utalva a kronosz szót használja az előbbire, a kairoszt pedig az utóbbira. Elemzésében az énjellegű időélményt további részekre bontva vizsgálja, ami különösen alkalmassá teszi ezt az elméleti megközelítést azoknak a lelki nehézségeknek a megértésére, ahol a páciens mindent elkövet az ellen, hogy az idő múlását átélje. Erre a jelenségre, az úgynevezett időgyilkosságra és ennek pszichoanalitikus értelmezésére a későbbiekben visszatérek.

Az énjellegű időélménynél ősibb, ösztönénjellegű időélmény a paranoid-szkizoid pozíciót megelőző, autisztikus-kontiguus pozíciót jellemzi, amelyben az anya és gyermeke egy egységben léteznek (Ogden, 1989). Ebben a szimbolizációt megelőző állapotban az amodális módon (Stern, 1985) átélt fizikai érzetek uralják közvetlenül a létélményt. Későbbi életkorban a teljes széteséstől való szorongás vagy az alakatlan úr intenzív rettenete hordozza e strukturálatlan állapot negatív lenyomatát. Az autisztikus-kontiguus pozíció az időélmény szempontjából a jelen-múlt-jövő struktúra teljes felszámolódását jelenti a tudattalan Matte-Blanco

által leírt szimmetrikus logikájának törvényszerűségei szerint, amelyben a sorrendiség és a rész-egész viszony értelmét veszti. Az idő szempontjából ez például azt jelentheti, hogy a jövő már megtörtént, a múlt pedig még nem jött el (Matte-Blanco, 1975, 1988; Fink, 1993). A tapasztalat változatossága egyre inkább feloldódik a mindig ugyanaz ritmikus lüktetésében.

A fentiekben bemutatott három időélmény a valóságban egymással dinamikus kapcsolatban áll, és ez szolgáltatja a felnőtt számára az idő sokszínű megtapasztalásának lehetőségét. A három időélmény dinamikus kapcsolatának megfigyelésére a pszichoanalízis lehetőséget nyújt.

Az idő a pszichoanalitikus helyzetben

„Az azonban már tiszta és világos dolog, hogy múlt és jövő nincsen. Nem sajátos értelemben mondjuk, hogy három idő van, múlt, jelen és jövő. Sajátosabb talán úgy mondanók, hogy három idő van: jelen a múlttól, jelen a jelenről és jelen a jövőről. A lelkemben ugyanis ez a három valami ott van, de máshol meg nem található. Emlékezésünk: jelen a múlttól. Szemléletünk: jelen a jelenről. Várakozásunk: jelen a jövőről” (Augustinus, *Vallomások*, 11. könyv, XX. fejezet).⁶

A késő antik teológus, Szent Ágoston a *Vallomások*ban introspekció útján ahhoz hasonló következtetésre jut, mint amit a pszichoanalízis diádikus helyzetében megfigyelhetünk (Loewald, 1962, 1972; Birksted-Breen, 2003; Perelberg, 2008). Például Loewald (1962) szerint a pszichében megélt időt – legyen az múlt vagy jövő – mindig a jelenben ható tényezőként érzékeljük. A pszichés instanciák is a jelenben ható tényezőkként szerveződnek az időbeliség elve alapján. Az én a jelen igyekszik megvalósítani az érzékelésben és a mozgásban, a felettes én a jövő felé irányul, vagyis azt képviseli, amit az éntől elvárunk, amit vele kapcsolatban remélünk, vagy amitől féltjük, az ösztönén pedig a múlthoz húz, a régi beidegződéseknek próbál érvényt szerezni. A pszichoanalitikus párbeszéd szabad asszociatív helyzete a hétköznapi racionalitásában automatikusan használt, objektivált, háromdimenziós időérzetünket meglehetősen fellazítja, és az erre vonatkozó pszichológiai modellek, például a fejlődés-pszichopatológiai ok-okozatiság, könnyen relativizálódnak. Például amikor a páciens perverz szexuális készletései „mögül” előbukkan az integrálatlan apakép elleni lázadás indulata. Az ödipális harc tehát jelentős mértékben „okozza” a preödipális problematikát, vagy legalábbis az átételben az ödipális harcon keresztül tudunk ezzel a legkönnyebben kapcsolatba lépni.

6 Városi István ford. Gondolat, 1987, p. 365.

A jelen-múlt-jövő tehát dinamikus összekapcsolódott módon, inkább mint hatóerő nyilvánul meg az introspekció számára, az áttételi helyzet itt és mostjában. Hétköznapi gondolkodásunknak szokatlan ez, gyakran csak utólagosan tudjuk megérteni, és akkor is inkább hipotetikus, hogy amit – például – a régmúltról beszélt a páciens, azt hogyan aktiválta a jelen pillanat, és ennek megfelelően hogyan vonatkozhat a terápiás helyzet itt és mostjára, vagy akár valamilyen jövőbeli helyzetre.

A múlt és a jelen áttételi helyzetben megtapasztalható, komplex egymásra vonatkozását utólagosságnak – *Nachträglichkeit, après-coup, differed/deferred action* – nevezi a pszichoanalitikus-szakirodalom (Birksted-Breen, 2003; Perelberg, 2008). A fogalom arra utal, hogy az emlékezés nem a megtörtént felidézését, hanem a múltbeli esemény jelen helyzetben megélt élmények alapján történő újraélését, mintegy újateremtését jelenti. Azaz nem passzív hangsúlyú, hanem aktív, kreatív folyamat. A jövő viszonyrendszerének ilyen, pszichoanalitikusan árnyalt megfogalmazása még várat magára (Perelberg, 2008).

Feltételezhető, hogy az analitikus helyzet intenzitása, regressziót elősegítő elrendezése lehetőséget nyújthat arra, hogy a páciens-terapeuta diád a korábban említett autisztikus-kontiguus pozíciót megközelítse. Ezzel egyre intenzívebb, differenciálatlanabb, affektustelített élmény jelenhet meg az áttételben. Egy jól időzített és megfogalmazott áttételi értelmezés talán épp azért fejthet ki hatást, mert a jelenbe sűrűsödött affektust az értelmezés differenciáló ereje képes emlékké (múlt), tapasztalattá (jelen) és reménnyé (jövő) bontani. A szétbontás által a probléma megérthetőbbé, az élmény kezelhetőbbé válik. És bár az értelmezést követően az összefonódottság a lelki működés mélyebb rétegeinek törvényszerűségei – például az ismétlési kényszer – miatt még többször visszatér (Matte-Blanco, 1975, 1988), következetes munkával azonban a differenciáló hatás is egyre automatikusabbá válik, és ezáltal az élmény patogén ereje csökken.

Példaként gondolhatunk Gáborra, aki analízisében igen halkán, fojtottan beszélt. Hónapok teltek el, mire asszociációi segítségével rekonstruálódott az analitikusban, hogy Gábor feltételezhetően apai pofontól fél, amelyet gyermekkorában akaratos viselkedése eredményeként oly gyakran megkapott. Az analitikus többször átélte a tehetetlenséget és az ehhez társuló feszült dühöt, amiért képtelen páciensét meggyőzni arról, hogy nem fogja bántani őt. A páciens asszociációiban gátolt volt, és gyakran olyan halk, hogy az analitikusnak többször is meg kellett kérnie, ismétlje el, amit mondott.

Ha Gábor gátoltságát és az analitikus indulatát mint áttételi-viszontáttételi jelenséget az idő megélése szempontjából közelítjük, akkor úgy tűnik, a múlt és a jövő mindkettőjük számára egy-egy affektusba sűrűsödve nyilvánult meg

a jelenben. Gábor a terápiás helyzetet hangsúlyosan gyermekkori drámája színtereként élte meg, az analitikusra pedig apjaként tekintett. Érzelmait az a vágy hajtotta, hogy félelem nélkül tudjon élni, amely kezdetben azzal az irracionális igénnyel kapcsolódott össze, hogy múltja megváltozzon. Hogy másilyen apja legyen, mint amilyen volt. Múlt és jövő tehát egyesült erővel jelentkezett az áttételi helyzetben. Ez az erő aktiválta az analitikus indulatát, hosszabb idő és kitartó munka kellett, mire a félelemnélküliség vágya a múlt újratemtésének vágyától különvált az áttételi jelen tapasztalatának segítségével. Gábor az analitikussal megélt interakción keresztül megtapasztalta, nem szükségszerű, hogy félelemtelien múltja határozza meg jelenét, azt pedig egyre jobban megértette, milyen komponensek is határozták meg, hogy múltja ilyen félelemtelien alakult, és miért maradhatott ilyen erős a múlt tapasztalata.

A fentiekből úgy tűnhet, a mélyebb lelki struktúrákat jellemző ismétlődés káros jelenség, és mindent el kell követni, hogy ezt megszüntessük, továbbá hogy a sikeres pszichoterápiás kezelés esetében épp ez történik. A tapasztalat azonban arra tanít, hogy sikeres terápia esetében nem a lélek mélyebb rétegeinek repetitív működésmódját szüntetjük meg, hanem inkább azokat a repetitív tartalmakat – érzelmileg jelentős, többnyire tudattalan beidegződéseket – strukturáljuk át, amelyek megnehezítik a páciens számára, hogy új, érzelmileg jelentős tapasztalatokat integráljon a repetitív rendszerbe.

A repetitív mélystruktúra szerepe alapvető a személyiség koherenciájának megteremtésében. Feltételezhetjük, hogy a szelféretet időbeli koherenciáját a repetitív mélystruktúra és az új tapasztalata, illetve ezek dinamikus kapcsolata együttesen adja. E kapcsolat hibái okozzák az időérzet torzulásait, amelyek aztán a legkülönbözőbb patológiás állapotokhoz vezetnek, illetve ezeket jellemzik (Mintz, 1971; Hartocollis, 1974; Fink, 1993; Lombardi, 2003; Kernberg, 2008).

A pszichoanalízis diadikus helyzete sajátos módon teszi lehetővé az időélmény megtapasztalását. Az introspekción megfigyelhető jelenbeliség mellett – amelyet a korábban idézett Szent Ágoston-szöveg illusztrál – az időélmény szerveződésének interszubjektív vonatkozásai is előtérbe kerülnek. Nevezetesen az, hogy mind a páciens, mind az analitikus saját időbeliségét a másikkal való viszonyában élheti át és szervezheti újra pillanatról pillanatra. Mindez észrevétlenül zajlik, tudatossa csak kiemelt pillanatokban válik, és akkor is – a terápiás munka célkitűzései miatt – leginkább a páciens vonatkozásában. Az analitikus szakmaisága, önismerete és személyiségfejlődése szempontjából persze hasznos, ha megfigyeli, és tapasztalatai alapján eltűnődik azon, hogy saját időélménye miként dekonstruálódik és rekonstruálódik a pácienssel zajló identifikációs folyamatban.

Érdeemes talán az áttételi helyzetben megtapasztalható sajátos időélményt – amely a szubjektív és az objektív időtől egyaránt különbözik (Loewald, 1972) – önálló névvel illetni. Talán az *anaklitikus időélmény* lenne a megfelelő kifejezés, amely a görög „rátámaszkodni”, „ledőlni” szóból származik, és utal arra, hogy ez az időélmény anaklitikus, hiszen a páciens a díványra ledőlve (*anaklinó*) tapasztalja azt meg, de még abban az értelemben is az, hogy a páciens időélménye az analitikusra támaszkodik, miként az analitikusé is őrá. Saját időélményük minőségét a másikkal való viszonyban élik újra, dekonstruálják és rekonstruálják mindketten.

Az időélmény keletkezésének mélyebb rétegeit és ezen keresztül az identitás konstruálódásának buktatóit megtapasztalni legalább annyira vonzó, mint amennyire félelmetes lehetőség. Ez jelentheti a pszichoanalízis egyik fő vonzerejét, de egyben ez lehet az analízissel szembeni ellenállás egyik mozgatórugója.

Miként azt korábban Gábor esetével szemléltettük, az áttételt általánosságban tekinthetjük az időélmény torzulásának is, amennyiben a múlt és a jövő ideiglenesen átveszi az uralmat a jelen felett a terápiás térben, megnehezítve az új tapasztalatának befogadását. Vannak azonban olyan esetek, amikor az időélmény torzulása közvetlenül hat az identitás kialakulására, blokkolja a felnőtté válás folyamatát. Ez az úgynevezett időgyilkosság (Williams, 2007; Roussel, 2016), amelyről az alábbiakban lesz szó.

Az időgyilkosság, azaz amikor az időélmény torzulása központi jelentőségűvé válik

Az időgyilkosság jelenségét János történetén keresztül mutatom be.

János harmincas éveiben kezdett járni analízisbe. Kényelvű családban nőtt fel: apja magyar, anyja amerikai. Testvére nincs. Otthon angolul beszéltek, de a magyart is jól megtanulta, mivel Budapesten született, életének első nyolc évét is itt töltötte, tágabb családjában és kortárs közegeiben ezt a nyelvet használta. Hétéves volt, amikor szülei elváltak. A válás hosszadalmas és fájdalmas folyamat volt, mindennapos veszekedésekkel, érzelmi és verbális agresszióval mindkét szülő részéről. Jánost nagyon megviselte a válás, már csak azért is, mert mindkét szülőhöz közel érezte magát. Míg korábban a társas életre nyitott, jókedélyű és élénk kisfiú volt, egyre jobban magába zárkózott. Egy ideig még fenntartotta a nyitottság és jókedv látszatát, a valóságban azonban mind inkább bezárult. Fájdalmába senkit sem engedett be, és egy fantáziavilágot kezdett felépíteni, amelynek ő állt középpontjában. Ő lett Játékország királya.

A válást követően János anyjával maradt, aki úgy döntött, hazatér. Az apa egyre ritkábban jelentkezett, míg végül azzal, hogy elhagyták Magyarországot, teljesen megszakadt a kapcsolat.

A beilleszkedés új hazájába János számára különösen nehéznek bizonyult, mivel rövid látogatásokat leszámítva sosem hagyta el Magyarországot. Angolja sem volt olajozott, kelet-európaiként kívülállónak, kisebbségűnek és kirekesztettnek érezte magát, amit csak tetézett, hogy az első években osztálytársai és a környékbeli gyerekek nem fogadták be. Sokszor bántalmazták szóban és tettben. János erre úgy reagált, hogy a társas kapcsolatokból egyre jobban kivonta magát, és mind inkább elmerült saját narcisztikus fantáziavilágában.

Néhány év múlva az anya hozzámment egy idősebb, gazdag és felelősségteljes, de érzelmileg instabil és indulatos férfihoz, akinek leértékelő attitűdje és rendszeres dühkitörései komoly érzelmi traumát okoztak a lassan felserdülő fiatalembernek. János a fantáziavilágot hátrahagyva a tanulásba menekült, és érzelmileg még jobban bezárult. Az egyre áthatolhatatlanabb narcisztikus pajzs, az ilyenkor megszokott idealizáció és leértékelés elhárító mechanizmusaival segítségével oly módon védte őt az állandó kiszolgáltatottságerzet ellen, hogy az idealizált jót a múltba, budapesti életébe és kapcsolataiba helyezte. Apja és apja családja így kapott szinte mitologikus színezetet: János gyermekkorában hallott családtörténeti töredékekből egy olyan világot konstruált, ahol felmenői csupa befolyásos, művelt nemes és értelmiségi nagypolgárok voltak, szemben a jelennel, ahol el kellett tűrnie műveletlen úrgazdag nevelőapja és jól szituált, de korlátolt osztálytársai basáskodását.

Az első interjú alkalmával önmagát bohém burzsoáként jellemezte. Ekkor már négy éve ismét Budapesten élt, és egy könyvkiadónál dolgozott olyan munkakörben, amelyet képességeinél és végzettségénél jóval alacsonyabb szintűnek tartott. Mint mondta, azért jött vissza, hogy megtalálja azt, amit annak idején itt kellett hagynia. Az elmúlt években, hála Budapest „akolmeleg”, támogató közegének, több áttörést is el tudott érni az emberi kapcsolatok és a szexualitás terén, de komoly akadályokba ütközött, valahányszor a hosszabb távú elköteleződés felmerült. Mint mondta, azt reméli, hogy a pszichoanalízis képes ezeket a gátakat lebontani. Az első interjún még arról is beszélt, hogy egészében véve úgy érzi, élete megrekedt, nem igazán tudja, sem szakmailag, sem emberileg, hogy merre tovább.

Ebben az időben régi családi lakásukban élt, régi gyerekszobájában, egyedül, és minden lényegesebb döntésnél anyját hívta telefonon, hogy megkonzultálja vele, mitévő legyen. Így járt el akkor is, ha beteg volt: anyjától remélt megnyugtató, életvitelét pedig leginkább nevelőapja finanszírozta. Az általános bizonytalanság, amelyet bohém életvezetésével és intenzív, ugyanakkor inkább felszínes társasági életével igyekezett leplezni, alkalmanként elárasztotta, és különféle, enyhébb szorongásos tünetekben nyilvánult meg.

Az analízis kezdeti szakaszában visszatérő asszociációja volt, hogy jön majd egyszer egy nő, aki kivezeti őt abból a zsákutcából, amelyben jelenleg érzi magát,

megmutatja neki élete célját, és kibontakoztatja a benne rejlő férfiúi potenciálokat. Ezzel átvinné és egyben ki is teljesítené azt a szerepet, amelyet jelenleg anyja tölt be a számára. De addig, amíg ez az ideális nő el nem jön, védenie kell magát, leginkább testét, az élet viszontagságaitól és az idő korrodáló hatásától. Mindent el kell tehát követnie, hogy távol tartsa magát a valós élettapasztalatoktól, hogy minél fiatalabb és egészségesebb maradjon. A gyermekkori hasítás, amelynek segítségével egy idealizált múltba menekülve igyekezett nevelőapja és kortársai agressziójától védeni magát, ezzel valódi időgyilkossággá vált. Lelkében kisgyerekeknek érezte magát, akinek a felnőtt világ felé joggal lehetnek elvárásai, kötelezettségei azonban nincsenek. Ez az érzület tette lehetővé a számára, hogy elfogadjon a gazdag és gyűlölt nevelőapától származó anyagiakat, az életszínvonalat és a juttatásokat. Az így szerzett biztonságérzetnek azonban nagy ára volt, hiszen – mivel realitásérzéke nem tette lehetővé, hogy figyelmen kívül hagyja a felnőttléttel járó elvárásokat és igényeket – egyre inkább életképtelenné kellett megélnie saját magát.

Az időgyilkosság ebben az esetben azt jelentette, hogy János ahelyett, hogy boldogságát jelen életében és emberi kapcsolataiban élte volna át, inkább fantáziába menekült, és ott szerzett kielégülést. Aktuális életfeladataival való szembenézés helyett továbbra is sokat fantáziált saját idealizált gyermekkorról, és családjá idealizált múltjáról, továbbá arról, miként fogja majd a vágyott nő felismerni és kibontakoztatni őt. Hogy majd híres, jól kereső férfi lesz, és többgyerekes, boldog családapa. Jelenét tehát leértékelte, múltját és jövőjét pedig idealizálta. Így igyekezett saját magát az idő múlásából kivonva egy olyan idealizált jövő számára konzerválni, amelyben tulajdonképpen az idealizált múlt tükröződött. Az apai család sikeres és gazdag őseinek világa. János szorongása akkor erősödött a leginkább, amikor azzal kellett szembesülnie, hogy igyekezete, hogy az időt elpusztítva önmagát fiatalnak és sértetlennek megőrizze, kudarcra van ítélve. Mert például valamilyen jelenbeli váratlan és nehezebb feladat kimozdította őt fantáziákba zárkozó érzelmi távolságtartásából.

Az idő megélésének korábban tárgyalt hármas felosztása szerint az időgyilkosság valójában az énjellegű időélmény torzulását jelenti. János problémájának alaposabb megértéséhez az énjellegű időélményt kell tehát alaposabban megvizsgálnunk.

Az időgyilkosság fogalma

Elliott Jaques (1982) felosztása alkalmasnak látszik arra, hogy az időélmény szerveződését és ennek torzulását részletesebben megértsük (Kernberg, 2008). Jaques az objektíváló és sorrendiséget megragadó időélményt kronosznak, a szubjektív és

intencionális időélményt pedig kairosznak nevezi. Ezek megfeleltethetők a korábban tárgyalt felettesén-jellegű és énjellegű időélménynek.

Jaques meglátása szerint a sajátosan emberi időélmény e kettő kombinációjából szerveződik. Kronosz az idő lineáris kimerevítése, egységekre osztása és sorrendbe állítása által az élet racionális szervezését és a természettudományos gondolkodást szolgálja. Személyes jelentése, célja tehát, ha van is, nem elsődleges. Kairosz szubjektív és a pillanat megélésének három minőségét jelöli: a jelen pillanatban zajló emlékezést nevezzük múltnak, a vágyat vagy kitűzött célt jövőnek, az aktuálisan zajló folyamatok észlelését pedig jelennek. Szubjektív szempontból a – sokszor csak tudattalanul működő – vágy, illetve az ennek háttérében megbúvó hiány hozza mozgásba az időt, és ruházza fel irányultsággal. Azaz nem rendelkezem valamivel (jelen), amiről azt érzem, hogy az enyém lehetne (múlt), és ezt birtokolni szeretném (jövő). Az idő szubjektíven megélt folyamata tehát a hiányból a kielégülés felé halad.

Kronosz és kairosz segítségével eltérő módon érzékeljük a valóságot, másokat és önmagunkat. Kronosz elkülönít, kairosz egyfajta folyamatérzetet ad, összeköt. Az előbbi a szilárd identitást, önmagunk és mások kontúros érzékelését, az utóbbi a hatóképességet erősíti. E kettő dinamikus kapcsolata nélkülözhetetlen az egészséges lelki működéshez.

A jelenre fókuszálva Jaques továbbá megkülönbözteti az azonnali vagy perceptuális, az aktív és az egzisztenciális jelent. A perceptuális jelen a korábban már említett, jelenben történő emlékezést, érzékelést és vágyakozást jelenti. Az aktív jelen a tevékenység, az egzisztenciális jelen pedig az adott pillanatban átélt identitásunk időbeli vonatkozásaira utal. A jelen megtapasztalásának e háromféle módja mind hozzájárul ahhoz, hogy az adott pillanatot átélhessük, és a benne rejlő kihívásnak megfeleljünk, azaz olyan összetett képességeket sikerrel használjunk, mint a munkamemória, a végrehajtó funkciók (LeDoux, 2002) és a mentalizáció (Allen et al., 2008).

Végezetül Jaques időtartománynak nevezi azokat a célirányos cselekedeteket, amelyekkel valaki egy cél elérése érdekében, egy meghatározott időre, mások felé elkötelezi magát. Ennek tárgyalásakor az időgyilkossághoz nagyon hasonló jelenségre hívja fel a figyelmet: „A gyökértelen, céltalan személy, az igazi bohém, bármi is álljon társas elidegenedése háttérében, és bármilyen fantáziákat dédelgessen vagy személyes célokat hordozzon is, nem rendelkezik időbeli tartománnyal” (1982, p. 140–141). János biztosan nem olvasta ezeket a sorokat, de talán nem teljesen véletlen, hogy az első interjú alkalmával önmagát bohém burzsoáként jellemezte.

Az időgyilkosság az idő megélésének olyan zavara, amely a személyiség narcisztikus jellegű problémájával áll kapcsolatban (Altman, 1957; Kernberg, 2008). Különösképpen azokban a hipervigil narcisztikus állapotokban találkozunk vele, amelyekben a szkizoid visszahúzóds és az intenzív fantáziaélet segíti az idealizáció és a leértékelés mentén működő narcisztikus hasítás fennmaradását. Az időérzékelés szempontjából tekintve az időgyilkosságot az intencionális idő torzulása és az időtartomány jelentős csökkenése jellemzi. Miként is jön ez létre, és hogyan áll kapcsolatban a narcizmussal?

Mint láttuk, a célorientált – intencionális – cselekvés jövőorientált, a hiány érzékeléséből a hiány megszüntetése felé halad. Az érzékelt hiány tudattalan fantáziákat (Isaacs, 1948) aktivál, amelyek a hozzájuk kapcsolódó, hiány-kielégülés élményrendszerével kapcsolatos emléknymokat aktiválnak. Ezek mentén szerveződik aztán a hiány megszüntetésére irányuló, érzelmileg telített aktivitás, amely lehetővé teszi az idő múlásának megélését. Ha lehetséges a kielégülés, akkor érdemes a célokért dolgozni, azaz a jövő felé fordulni, és a múltat is a jövő perspektívájába állítani. Vagyis az emlékeket az új tapasztalat háttereként aktiválni.

Úgy tűnik, a hiány érzékelése már a kezdetektől fogva szoros kapcsolatban áll a pusztulás rettenetével (Piven, 2003). Ez nem meglepő, mivel a hiány kezdetben vitális életfunkciókat – a táplálékfelvételt, a hőmérséklet- és érzélem-szabályozást – érinti. Feltételezhetjük, hogy amilyen mértékben képessé vált valaki e korai szorongás elviselésére, olyan mértékben válhat képessé arra is, hogy a későbbiekben a hiányérzetet tartalmazni tudja, és megszüntetésére adaptív lépéseket tegyen. A tudattalan fantáziák szerepe ebben a folyamatban jelentős. Megfelelő minőségű fantáziaműködés híján a hiány formátlan és kezelhetetlen szorongásként, vagy annak elhárítására, valódi kielégülést nem hozó aktivitásként, például kényszer-tünetként vagy szkizoid fantáziálásként jelentkezhet. Ha pedig ez megtörténik, akkor a jövőre irányultság értelmét veszti, a múlt pedig örök jelenként konzerválódva mintegy megöli az időt.

Összefoglalva: ahhoz, hogy valaki egy adott pillanatban érzelmileg kielégítő módon jelen legyen, és a belső hiányérzetet megszüntető cselekvéseket hajtson végre, több lelki funkció összjátékára van szükség, továbbá arra, hogy a hiány ne hívja elő a pusztulás rettenetét. Ehelyett – megfelelő minőségű tudattalan fantáziák működésének köszönhetően – a személy képes legyen a hiány tudatos érzékelésére, emlékezetéből a kielégüléshez szükséges emléknymok fellelésére és a megfelelő cselekvés végrehajtását lehetővé tevő lelki, testi és környezeti feltételek előteremtésére, illetve mozgósítására. Az esetleges kudarcot pedig képes legyen tanulásként, a célok módosítására és a módosított célok elérésére fordítani.

Feldolgozatlan traumák megzavarják a belső fantáziaműködést, és ezáltal a fantáziák nem képesek betölteni konténer funkciójukat. A hiányérzet ilyenkor nem tud érzelmileg kielégítő cselekvéssor mozgatórugójává válni, mivel a pusztulás érzete túlzott erővel jelentkezik, kvázi az azonnali teljes megsemmisülés érzetét idézi fel (Bell, 2007). A traumáktól terhelt fantáziaműködés ezzel a megsemmisülésérzettel lép kapcsolatba, és különböző erősségű szorongásos reakciókat vagy azok megfékezésére létrejövő indulatvezérelt vagy kényszeres viselkedést, esetleg épp a külvilágtól való visszahúzódást és omnipotens élményvilágot hoz létre. A fantáziaműködés és a külvilág egyre jobban elveszti a kapcsolatot egymással, a jövőre irányultság sérül, a múlt egyre több helyet foglal el fantáziában és cselekvésben egyaránt. A páciens az élet és ezzel együtt az idő múlásának átélése helyett kétségbeesetten próbál visszatalálni a múlthoz azért, hogy azt idealizálva, abban biztonságot találjon, vagy azért, hogy azt valamiképp jóvátegye. Ezzel saját maga számára lényegében megöli az időt. Saját testének és környezetének változása azért okozhat kontrollvesztést, mert szinte kézzelfoghatóan emlékezteti a páciens arra, hogy az időt megölni valójában nem lehet. Ez a tapasztalat neurotikus vagy borderline személyiség szerveződés esetén hipochondriás vagy egyéb szorongásos jellegű tünetek kiindulópontja lehet.

Az időgyilkosság- okozó tudattalan fantáziákkal kapcsolatban érdemes egy Kernberg (2008) által közölt esetrészletet idézni (p. 305):

„Egy terápiás ülésen [a páciens] sokat panaszkodott arról, hogy semmi nem változik az életében, még mindig unja a feleségét, és elégedetlen azzal, hogy a hétköznapi napokban semmi sem tudja boldoggá tenni. Ekkor hirtelen elnevette magát, és azt mondta, engem látott maga előtt, ahogy zavartan ülök mögötte, és képtelen vagyok neki segíteni, mégis arra vagyok kárhóztatva, hogy a végtelenségig ott üljek. Majd hozzátette, ő még elég fiatal ahhoz, hogy új, izgalmas tapasztalatokat gyűjtsön, én azonban öregszen, és az idő elhalad felettem, miközben én ezt az eléggé megkérdőjelezhető hivatást űzöm. Rámutattam, hogy e szerint a fantázia szerint ő örökké fiatal marad, lehetőségeinek száma végtelen, én pedig amellet, hogy kudarcos vagyok az ő terápiáját illetően, még meg is öregszen. Így tehát jó okom van arra, hogy irigyeljem fiatalságát.”

A páciens az öregedés és a tehetetlenség iránti érzéseit lehasította és az analitikusra projektálta, önmagának pedig megtartotta az ifjúság és a cselekvőkészség idealizált változatát: az örök fiatalság és korlátlan potenciál fantáziáját. Ezzel az időgyilkossággal igyekezett megóvni önmagát az idő múlásának realitásától. Kernberg (ibid.) megfogalmazásában: „Azáltal, hogy hipochondriás szorongására és halálfélelmére

fókuszáltunk, fokozatosan előjött, hogy életének minden, érzelmileg jelentősebb tényezőjétől retteg [...]”

A Kernberg által bemutatott pácienshez hasonlóan Jánosnál is láttuk az érzelmi involválódástól és ezzel összefüggésben a test és a lélek elhasználódásától, pusztulásától való fokozott félelmet, valamint ennek ellensúlyozására az idő megsemmisítésére és ezáltal egyfajta idealizált örök ifjúság fenntartására irányuló, szorongásteli igyekezetet. János korai tapasztalatai részleteiben nem rekonstruálhatók, azonban az eddig bemutatott élettörténetből feltételezhető, hogy a válás és az utána következő, érzelmileg nehéz korszak lelki fejlődését károsan befolyásolta. A traumatikus történések szétzilálták a tudattalan fantáziavilágot, mintegy utólagosan (*nachträglich*) aktiválva a pusztulás korai – paranoid-szkizoid pozícióból származó – rettenetét. Az időgyilkosság a szorongás tartalmazására tett kísérletnek tekinthető.

Az analízis későbbi szakasza

János analízisének későbbi szakaszában Dorian Gray története többször visszatért asszociációiban. Rettegve gondolt arra, hogy talán sokban hasonlít Oscar Wilde tragikus regényhőisére. Dorian Gray az idő múlásával mit sem öregedett, mivel az élettapasztalatok romboló hatását saját portréképére testálta, azt pedig mindenkittől elzárva tartotta. A regény végén, addigi életével szembefordulva, ezt a minden egyes elkövetett csúfsággal egyre csúfabbá váló képet akarta elpusztítani, ám miközben a képbe szúrta a kést, saját magát ölte meg. Ebben a pillanatban vénné és csúffá vált. Amikor szolgálói a kiáltásra berontottak a szobába, azt találták, hogy „a falon ott függ gazdájuk gyönyörű arcképe, úgy, ahogy legutóbb látták, ragyogó fiatalságának és szépségének minden pompájában. A padlón egy halott feküdt, estélyi ruhában, késsel szívében. Fonnyadt volt, ráncos, az arca förtelmes. Csak amikor gyűrűit is megnézték, akkor ismertek rá, ki az.”⁷

A regényhőshöz kapcsolódó asszociációkban egyre jobban kidolgozódott egy fantáziakép, amelyben egy kisgyerek saját otthonában egy rég elfeledett szobára bukkan, ahol aszott múmiaként szembesül saját magával. Erről egy ülésen a következőképpen fogalmazott:

„Ezt a kisgyereket védeni kell a tapasztalattól. Ez egy részem. Elzártan van, nagyon régóta. Abból a régi időből, amikor olyan jól éreztem magam Budapesten. Ezért olyan szorongásos ez az egész. Mert nem akar felnőni. Mint a Paradicsomban...

7 Oscar Wilde: *Dorian Gray arcképe*. Kosztolányi Dezső ford. <https://mek.oszk.hu/06000/06004/06004.pdf>, p. 133.

Ide kellene visszatérni. Ezért nem szabad semminek változnia. Mert akkor nem leszek tökéletes... De vissza kell mennem oda. De olyan nehéz elfogadnom, hogy ez a kisgyerek nincs már többé. Odaveszett, meghalt.”

Ezek hallatára, feltehetően korábbi asszociációk hatására, egy kisgyereket láttam magam előtt. Ez a kisgyerek azonban nem halott, hanem csak nagyon ijedt. Valami ilyesmit mondtam: „Mintha nagyon félne, akkor is, és azóta is. Minden félelmeteset el akar kerülni, mert az túl sok lenne.”

Kicsit később a páciens ezt mondta:

„Mintha ez a kisgyerek egy elvetélt magzat lenne, vagy egy kis múmia, akit lesek és szolgálók folyamatosan. Olyan, mint Hitchcock *Psychójában*. Mint egy kis múmia.”

Ezek után a nőkről kezdett beszélni, akiket vagy elkerül, vagy – vágyakozás és gyors, sikeres hódítás után – leértékel és elutasít, mert fél attól, hogy túl hosszán tartó közelségben felfedezik benne a szorongós kisgyereket. A félős kicsi így válik pillanatokra legalább pusztító nőcsábásszá. János így folytatta:

„Miért nem nyithatom ki csak úgy egyszerűen az ablakot, hogy beengedjem a friss levegőt, és azt mondjam: mostantól fogva ez újra gyerekszoba! Mert mindenkit el kell pusztítsak, akit egy kicsit is beengedtem. Aki egy kicsit is meglátta ezt a kicsit. Keményen kell őriznem a kaput.”

Ekkor visszatért a bibliai Édenkertből történő kiűzetés történetéhez. Ez a mítosz az analízisnek ebben a szakaszában többször is felbukkant asszociációiban. Majd hirtelen azt mondta, hogy úgy érzi, mintha meghalt volna. Erre azt feleltem:

- Mintha egy része halott lenne, és ezt még mindig cipelné valahol, odabent.
- Ki ez? Talán apa, vagy anya, vagy a nevelőapám, vagy Amerika?
- Hogy ki is lehet a hibás...?

A következő terápiás órákon kibontakozott a szobába zárt kis múmia képe, aki dühös, mert megölték. János úgy érezte, életét áldozza arra, hogy őrizze ezt a kis bestiát, nehogy kiszabaduljon. Közben retteg, hogy nem jól teljesíti a feladatát, és a kis szörnyeteg valami bajt fog okozni neki magának vagy valaki másnak. Ezek a félelmek különböző témákban öltöttek testet: rettegett attól, hogy börtönben végzi, mert valami törvénytelenéget követ majd el; megbetegszik és meghal; sorozatgyilkos lesz; pedofil ragadozóvá válik. Ezeknek az asszociációknak a mentén

a szobába zárt kicsi hasított módon mutatkozott meg. Egyrészt mint egy kis ártatlan, védtelen gyerek, akit mindentől óvni kell, másrészt pedig mint egy megátalkodott, gyűlölettel és veszedelmes teremtmény. Az órákon János hol egyikkel, hol másikkal azonosult, néha pedig szinte egy időben mindkettővel. Fantáziáiban az Édenkert fáihoz kapcsolta a két figurát, az élet fájához, a jó és rossz tudásának fájához. Majd mintegy közvetlen kapcsolatba lépett velük. Megszólította őket, és beszélt hozzájuk. Ebben a folyamatban aktívan vettem részt. Én is megszólítottam hol egyiket, hol másikat, mikor melyik jött elő, majd kommentálva a látottakat, hallottakat, értelmeztem János kommunikációs próbálkozásait, ahogy egyre inkább életre hívta saját lehasított, visszafojtott énrészeit. Ezzel egy időben valami változás állt be abban, ahogyan János az időt érzékelte. Egyre érzékenyebbé vált a jelen pillanat iránt. Mint mondta: „most kezdem érezni igazán, mit is jelent egy festmény, egy dallam vagy egy vers”.

Az idő megélése a személyiség életre keltésének és egységesítésének folyamatában vált lehetővé. Az időgyilkosság által létrejött múmia lassan új életre kelt, a védtelen örökifjú pedig növekedésnek indult. Jánosnak egyre több energiája maradt a jelenre figyelni, mivel egyre kevésbé kellett már örködni a korábban veszedelmesnek érzékelt énrésze felett. Élettörténetéből arra következtethetünk, hogy a traumatikus életesemények jelentős mértékben megzavarták személyiségfejlődését. A sorozatban megélt kapcsolati trauma – válás, országváltás, kedvezőtlen új közeg, nevelőapa és bullying – végigkísérték gyermekkorától kezdve, és nem hagytak neki energiát arra, hogy a felnőtté válással járó belső, fizikai és lelki változásokat érzelmileg is átélje. A külső hányattatás, bizonytalanság és veszélyérzet közepette a belső konzerválására törekedett, ezért igyekezett megölni az időt és vele együtt saját énjének kiszolgáltatott, traumatizált és dühödten bosszúszomjas részét. Aki ezek után ott maradt, az a védtelen, mély kapcsolódásra és a jelen tapasztalatának befogadására érzelmileg képtelen örök kisfiú. E mellett a két, különválasztott és tárgyként megélt énrész mellett ott volt a gyenge, realitással kapcsolatot tartó harmadik, amelynek legfőbb funkciója befelé az volt, hogy a halott, de agresszív énrészt bezárva, az örök ifjút pedig védve tartsa, és várja, hogy jöjjön majd valaki, aki megváltja őt, leginkább egy őt elviselni, szeretni és felnevelni képes nő személyében.

Az analízis folyamatát úgy értelmezhetjük, hogy az analitikussal mélyülő bizalmi kapcsolat segítette Jánosnak abban, hogy az agresszív énrészt ki merje bontakoztatni, ezáltal a realitáorientált énrész erősödésnek, a szorongós örökifjú pedig növekedésnek indult. Mindezzel párhuzamosan a jelen pillanat egyre átélhetőbbé vált, és az ebben szerzett tapasztalat tovább erősítette az énrészek közötti kapcsolatot. Ezáltal János személyisége gazdagabbá és egységesebbé vált, ami

a későbbiekben segített neki abban, hogy saját valóságát egyre teljesebben megtudja élni, és annak megformálásában aktívan részt tudjon vállalni.

Az idő mellett a tér a másik stabil tényező, amely egyszerre jelent keretet a terápia, valóságérzékelésünk és gondolkodásunk számára. A következő részben azzal kapcsolatos jelenségeket mutatok be és vizsgállok, hogy miként jelenik meg és torzulhat a tér érzékelése az analízis során.

A tér szimptomatikus megnyilvánulása és a tér mint szimbólum

A tér szimptomatikus megnyilvánulása

A pszichoanalízis tér- és időbeli állandósága megteremti annak feltételeit, hogy a páciens a teret, illetve a tér elemeit regresszív módon is átélhesse a terápiás ülés során. Egyes pácienseknél az így keletkezett terápiás anyagban jelentős lelki tartalom nyilvánul meg, amelynek megértése és feldolgozása segítheti a terápiás folyamatot, illetve a páciens javulását. Az alábbi esettörődék a tér egy szeletének regresszív, hallucinatorikus megélését és az azzal folytatott munka terápiás jelentőségét szemlélteti.

Péter középkorú menedzser. Stabil párkapcsolatban él, ahol szexuálisan gátolt. Vágyait inkább beosztottaival folytatott, alkalmi kalandjaiban éli ki, titokban gyors, egyoldalú szexuális kielégülésekhez juttatja magát. Analízisének első szakaszában hónapokon át mereven feküdt a díványon, és gyakran beszélt arról, hogy egy falat lát maga előtt, amelyet sem megmászni, sem megkerülni nem tud. Tehetetlenül áll előtte. Ilyenkor bennem is felidéződött a fal látványa, és én is tehetetlennek éreztem magam. Beszélgettünk a falról és az azt kísérő érzésekről. Egy alkalommal, váratlanul, a tehetetlenségérzés és Péter merevsége a homoszexuális behatolástól való félelem fantáziáját keltette bennem. Óvatosan megfogalmaztam, hogy olyan érzésem van, mintha attól félne, hogy bánthatom őt, ahogy itt előttem kiszolgáltatottan fekszik. Majd, amikor erre nem félelemtelit, hanem inkább megkönnyebbülést mutató reakciót adott, akkor az erőszakos, anális behatolást illetően konkrétan fogalmaztam. Mondataimat oldottabb párbeszéd követte, amely gyorsan vezetett Péter apjának hideg, gyakran bántalmazó alakja felé. Emlékek bukkantak fel, és az apa egyre jobban életre kelt. Az ezt követő terápiás órákon a téma vissza-visszatért, és egyre több emlék érkezett. Ezzel párhuzamosan Péter látomása ritkábban jelentkezett, és akkor is megváltozott módokon: a fal lassan vékonyodni kezdett, majd egy idő után teljesen eltűnt. Péter feszessége sokat oldódott, és a korábban inkább görcsös párbeszéd egyre szabadabb asszociációs ülésekbe váltott át, amelyek során magam is egyre kényelmesebben éreztem

magam, és mind jobban át tudtam magam adni a *reverie* által nyújtott belső lelki szabadságnak.⁸ A terápiás térben tapasztalható változást a terápián kívüli életben bekövetkező pozitív változások követték.

A fal vagy ahhoz hasonló térelválasztó tereptárgy – például függöny – látványa alkalmanként felbukkan az analízisek során. Kepecs (1954) a következő példát hozza:

„Egy nő a szüleiéről beszél. Hirtelen megtorpan, és azt mondja, hogy most teljesen üres a feje. Kérem, hogy írja le, milyen ez. Erre azt feleli: »Ez egy szürke fal. Egy tömb, olyan, mint egy térelválasztó. Nem téglából áll, hanem egy tömb az egész. Ott állok, kinyújtott karral. Rögtön sírok. Úgy érzem, a szüleim jobban is szeretettek volna.« Sírva fakad” (pp. 63–64).

Korábbi szerzők (Kanzer, 1958; Kepecs, 1952, 1954; Lewin, 1946, 1955; Warren 1961) Isakower (1938) hipnagóg állapottal kapcsolatos megfigyeléseire építve értelmezték a jelenséget. Eszerint a standard szetting által okozott regresszió az elalvást közvetlenül megelőző helyzethez hasonló, amikor is a fogalmi gondolkodás egyre inkább átadja helyét a vizuális tapasztalatnak. Az egymással konfliktusban álló ösztönkésztetések és elhárítások így egyre inkább képekben jelennek meg. Ez az álmok kialakulása egyik, Freud (1900) által leírt módjának a kiindulópontja.

Mivel azonban a pszichoanalitikus helyzetben a páciens analitikusával dialogikus kapcsolatban áll és többé-kevésbé szabadon asszociál, ezért – ritka eseteket leszámítva – nem tudja magát teljesen átadni az álom felé vezető regresszió képi világának. A képek tudatosulásának folyamatát a beszéd megakadályozza, és a formálódó képeket a tudatelőttésbe számúzi, ahol ezek egyre inkább telítődnek a

8 A *reverie* a kortárs klinikai pszichoanalízis gyakran alkalmazott, és – ennek megfelelően – gazdag, sokszor ellentmondásos jelentésárnyalatokkal rendelkező fogalma (Busch, 2019). Az általam használt, gyakorlatias megközelítésben az analitikus által fenntartott, belső figyelmi állapotot jelenti, amely egyszerre nyitott a páciensből érkező külső és a saját belső világból származó legkülönbözőbb jelzésekre. Egyfajta módosult tudatállapotról van szó, amelynek során az analitikus figyelme alapvetően a páciensből érkező verbális és nonverbális jeleken nyugszik, de nem fókuszált, hanem időről időre szabadon sodródik a felmerülő mentális tartalmak, érzések, testérzetek, emlékképek és asszociációk között. Megfigyeli azokat, alkalmanként észrevétlenül azonosul velük, majd ismét leválik és visszanyeri megfigyelő pozícióját. A *reverie* tehát egyfajta odaadó, korlátoktól és kényszerektől mentes figyelmet és elfogadást jelent, amely épp ezért sokszor már önmagában is gyógyító légkört hoz létre a terápiás térben. Segíti továbbá a tudatos figyelmi fókusz elől rejtett preverbális, illetve nem vagy nem eléggé szimbolizált mentális tartalmak és összefüggések felismerését, átélését és megfogalmazását. A fogalom ösképe a korai baba-mama interakcióban keresendő, és ennek megfelelően talán „anyai tűnődésnek” fordíthatnánk. Erre a könyv későbbi fejezeteiben még visszatérek.

tudattalanból származó egyéb, elfojtott késztetésekkel. Innen törnek aztán be a tudatos tartományba olyan esetekben, amikor aktuális lelki tartalmakat a páciens szavakban kifejezni nem képes (Kanzer, 1958). A pszichoanalízis során megjelenő képekben a tartalom sokszor közvetlenebb módon nyilvánul meg, mint az álmodás során. Ennek az az oka, hogy a páciens általában szinte rögtön, a kép felmerülésének pillanatában már beszél róla, akár értelmezi is. A kép mintegy beleszővődik a szabad asszociáció folyamatába, és ezáltal jóval kevesebb tér jut az álommunkában jelentős, másodlagos elaborációs folyamatoknak.

Klinikai tapasztalat alapján mondhatjuk, hogy a térelvlasztó – például fal vagy függöny – megjelenése a terápiás ülés során feltehetően a páciens az iránti vágyát fejezi ki, hogy a számára zavaró lelki tartalmaktól távol tartsa magát, és saját magát így megnyugtassa. A jelenség ösképe feltehetően az anyamell, a legrégibb, megnyugvást hozó tárgy. Ennek megfelelő az elnevezés is, a számomra lefordíthatatlan *breast screen* (Kepecs, 1954), vagy a hipnagóg állapotra utaló, és talán magyarul „álomfüggöny”-nek nevezhető *dream screen* (Lewin, 1946).

Az álomfüggöny arra szolgál, hogy az áttétel által aktivált fájdalmas emlékeket eltakarja. Ez magyarázza, hogy megjelenését gyakran testérzetek, múltó szimptomaképződések (Ferenczi, 1914) kísérhetik, például fejfájás, hányinger vagy a Péternél is megjelenő testi merevség (Kepecs, 1954; Kanzer, 1958). A következő esetrészlet bemutatja a múltó szimptomaképződés megjelenését és eltűnését egy terápiás ülés során, amikor az álomfüggöny egy visszatérő álomkép felidézéseként jelent meg.

Zsuzsa középkorú nő, akinek gyermekkorában borderline-szinten funkcionáló szülei által teremtett családi légkörben, lelki és fizikai gyötrelmek és traumák között telt. Ennek eredményeként pánik- és szomatoformjellegű problémákkal küzd, amelyek a mindennapok szintjén nehezítik meg azt, hogy egyébként rendezett és biztonságos felnőtt életét élhesse és élvezhesse. Az egyik ülésen, miközben a pánikroham háttérben húzódo agresszív késztetéseket igyekeztem a felszínre hozni, arra lettem figyelmes, hogy Zsuzsa arca feszültté vált. Amikor ezt szóba hoztam, elmondta, hogy miközben engem hallgatott, nagyon megfájdult a feje, majd egy visszatérő álomképről beszélt. Ebben egy ház előtt állt, ahová nagyon be szeretett volna jutni, de nem tudott. Asszociatív párbeszéd (Ogden, 2007) kezdődött köztünk a házról, annak lehetséges jelentéseiről, a vágyról, hogy végre otthonra és biztonságra találjon. Érintettük Zsuzsa traumatikus múltját, aktuális félelmeit, félelmét tőlem, továbbá az ezekből fakadó agressziót és büntudatot. Mintegy húsz perc telt el, a ház képe szertefoszlott, és Zsuzsa meglepve tapasztalta, hogy a fejfájása elmúlt.

Feltételezhetjük, hogy a múltó szimptomaképződést az okozta, hogy a pánik mögötti agresszív komponenst megpróbáltam Zsuzsa számára tudatosan is hozzáférhetővé tenni. Azt akartam, hogy lássa meg és élje át saját dühét, amely a tünetet jelentős mértékben kiváltja. Ezzel lényegében kényszerítettem őt, hogy valami olyasmit tegyen, amit nem akar. Ösztönös válaszában, a fejfájásban reprodukálta azt a gyermekkorában ismétlődő traumát, amikor anyja akaratának ellenszegült, és ezért a felbőszült anya a fejét ütötte. A fejfájás elárasztotta és lehetetlenné tette, hogy a haragot átélje. Ehelyett a fájdalom és a kiszolgáltatottság maradt. A régi élmény átélése ugyanakkor a reményt is kifejezhette, hogy talán most másképp lesz. Ütés helyett megértést kap. A fejfájáshoz kapcsolódóan megjelenő álmokkép is ezt fejezhette ki általánosabb és szimbolikusabb módon. A vágyat arra, hogy védelmet és megnyugvást találjon valahol. Feltételezem, hogy az indulatokat, késztetéseket, tüneteket, emlékeket és vágyakat összekapcsoló, empatis hangvételi, asszociatív párbeszéd a konverziós tünetet szimbolikus hálóba fonva feloldotta. Ez persze csak egy – bár mintaértékű – lépés, a traumatikus múlt feldolgozásának fájdalmas és hosszadalmas útján.

Az elavaskor és a pszichoanalízisben megtapasztalható regresszió közötti hasonlóság miatt felmerül, hogy az egész analitikus folyamatot egy olyan álomnak tekintsük, ahol az analízist lehetővé tevő realitástényezők – a keretek, az elrendezés és az analitikus – az álmodás folyamatának „napi maradékait” jelentik (Kanzer, 1958; Ogden, 2004a). A döntő különbség azonban az álom napi maradékai és az analízis napi maradékai között az, hogy az utóbbiak nem pusztán megidéznek a múlt árnyait, hanem az analitikus empatis és aktív közreműködése segítségével segítenek megérteni és szertefoszlalni azokat. Kanzer (1958) az „ellenállás titkos szigetei”-nek nevezi az analízisben felmerülő ilyen képeket. Meglátása szerint ezek felbukkanása jelzi, hogy az analitikus folyamat jó úton halad, az ezeknek szentelt figyelem pedig jótékony változásokhoz vezethet, miként azt példánk is mutatják.

Kanzer elgondolása abba az irányba nyitja meg az utat, hogy a pszichoanalitikus folyamat lényegét a térből származó képekkel ragadjuk meg. Ez a lehetőség a Baranger házaspár munkásságában bontakozott ki.

A tér mint szimbólum

Marie és Willy Baranger (1961–62/2008) szerint a pszichoanalízis során analitikus és páciens egy dinamikus folyamatot működtet, amelynek térbeli és időbeli struktúrája, belső törvényszerűsége és fejlődésmenete van, továbbá folyamatosan változó célokkal rendelkezik. Ez a mező (Baranger & Baranger, 1961–62/2008; Baranger et al., 1982; de Bernardi, 2008; Churcher 2008). A pszichoanalízisben

a páciens és a terapeuta hasításain, projekcióin és kölcsönös azonosulásain keresztül tudattalan, néha egymásnak ellentmondó fantáziák formálódnak (de Bernardi, 2008), amelyek minden pillanatban értelmet adnak a mezőnek. Fokozatosan új, dinamikus struktúrák – a páciens és az analitikus által közösen létrehozott fantáziák – képződnek. Későbbi elméletalkotók analitikus harmadiknak nevezik ezeket a közösen létrehozott lelki tartalmakat (Ogden, 1994).

Keletkeznek azonban olyan struktúrák, amelyek elkerülik a szabad aszociáció folyamát. Merev, mentalizálatlan lelki tartalmak ezek, amelyekhez érve a mező élettelené válik, mintegy kimerevedik. A Baranger házaspárt követve bástyáról beszélünk ilyenkor. Péter esetében a fal visszatérő látványa és az ahhoz kapcsolódó tehetetlenségérzés, amely az analitikus ülések hangulatát eluralta, jelezte, bástyánál vagyunk. A helyzet érdekessége, hogy ebben az esetben a bástya vizuális formában is megnyilvánult.

A bástya véd a személyiséget szétziláló mentális tartalmakkal szemben. Kérdés ilyenkor, hogy a páciens mer-e kockázatot vállalni, illetve elég megbízhatónak érzi-e a pszichoanalitikus kapcsolatot ahhoz, hogy az analitikus segítségével a bástya lebontásához hozzáfogjon. Ha ez a munka elkezdődik és sikerrel jár, akkor a lebontott bástya „törmelékei” integrálódnak a mezőbe. A mező ismét élővé válik, a páciens belső szabadsága pedig nő. Az analízis kiemelt pillanatai ezek. Az eddig érthetetlen lelki tartalmak érzelmileg is jelentőségteljes megértése, a belátás ilyenkor születik.

Ebből az elméleti nézőpontból szemlélve a pszichoanalízis egy olyan folyamatnak tekinthető, amelyben a résztvevők közösen létrehozzák, felfedezik és változtatják a mezőt. Ez utóbbi mozzanat leginkább a bástyák felfedezésén, lebontásán, a törmelékek integrálásán, és az ezáltal létrejövő belátáson keresztül valósul meg (de Bernardi, 2008). A páciens személyisége is leginkább e tevékenység során változik. Mindebből nyilvánvaló, hogy a mező és a bástya a pszichoanalízis kapcsolati (*relational*) elméleti vonulatához tartozó fogalmak (Greenberg & Mitchell, 1983), amelyek új szempontokkal gazdagítják Péter analízisének megértését.

Péter esetében a bástya nem pusztán az analitikus térben megélt hangulatként, hanem látványosan, vizuális formában – mint fal – is megnyilvánult. Feltételezésem szerint Péter vágyában egy számára centrális konfliktusból – pontosabban talán ennek erőteljes elhárításából – épült a bástya, illetve ennek vizuális kivetülése, a fal. Ez a konfliktus abból a soha be nem teljesedett vágyból indulhatott ki, hogy apjával önfeledt fizikai és lelki közelséget élhessen át. Ebben már nagyon rég csalódnia kellett, és ez a csalódás már nagyon régóta állandó keserűség és indulat forrásává válhatott lelkében, szinte azonnal hívhatta is a büntudatot, amely viszont csak ismét indulatot szülhetett. Ez az ördögi kör erotizálódhatott később. Ebben

a folyamatban szerepe lehetett annak, hogy gyermekkorában Péter a szexualitást egyszerűen élte meg elárasztónak és letiltónak. Miközben a család nőtagjai rendszeresen mutatkoztak számára izgató módokon, hiányos öltözékben, a szexualitást, illetve tágabban a nemiséget semmilyen módon szóba hozni nem lehetett. Az ösztönműködés e területét tehát éppúgy a kielégítetlen vágy, ezáltal az indulat és a büntudat uralta el, mint az apával megélt kapcsolat emlékét.

Ebből a perspektívából érthetőbbé válik a homoszexuális erőszaktól való félelem, és – ennek elhárítására – a szexuális ragadozóval történő alkalmi azonosulás. Mint láttuk, Péter felnőttként folyamatosan küzdött saját férfiasságával. Intim kötődési kapcsolatban nehezebbre esett magát kellően férfiasnak megélnie, ezért párkapcsolatán kívüli lehetőségeket keresett, ahol gyenge férfiasságát a társadalmi státusz segítségével meg tudta támogatni. Problémájának hátterében feltehetően az állt, hogy az intimitás aktiválta benne az apa iránt érzett vágyakozás-csalódás-agresszió-büntudat ördögi körét. Ez akadályozta meg, hogy férfiasságát teljesebb módon megélhesse.

Az áttételi tapasztalat feltehetően azáltal segítette Péternek, hogy lehetővé tette, hogy a probléma mélyebb rétegei is végre megnyilvánulhassanak, majd pedig – az élettörténeti szálak feltárásával – érthetővé váljanak. Fontos lehetett továbbá az is, hogy az analitikus nem ijedt meg a fizikai közelség és agresszió egyvelegének csábításától (az agresszív homoszexuális együttlét fantáziájától), hanem a ráproiciált, komplex szereppel belsőleg azonosulva és az azonosulásból származó fantáziákat megfogalmazva együtt tudott Péterrel haladni múltja és vágyai felfedezésének útján.

Felmerülhet még a kérdés, hogy mi okozza a bástyák kialakulását, illetve miért van az, hogy egyes analízisekben a bástyák kialakulását nem követi azok felfedezése és lebontása, hanem érintetlenül maradnak, gátolva az analitikus folyamat kibontakozását. Erre a központi fóbiás pozíció (Green, 2000) fogalma adhat magyarázatot.

André Green a központi fóbiás pozíció alatt a spontán, asszociatív gondolkodás fóbiás elkerülését érti. A félelmet a páciensben annak lehetősége kelti, hogy a benne egymástól elkülönülten létező tudattartalmak között kapcsolat alakulhat ki.

A fóbiás pozíció leginkább a különböző traumatikus lelki tartalmak összekapcsolását hivatott megakadályozni, amelyek ha összekapcsolódnak, fenyegetővé válhatnak az én, illetve a személyiség egészének szerveződésére nézve. Külön tartva azonban képes a psziché ezeket kontrollálni. A pszichoanalízis – egyéb pszichoterápiás megoldásokkal szemben – azért jelent ilyenkor kiemeltebben veszélyt, mert az általa indukált regresszív-asszociatív működés a személyiség integrációját, vagyis az egymástól különválasztott tartalmak közötti kapcsolatok megteremtését

serkenti. Ebből az elméleti alapállásból nézve a központi fóbiás pozíció ereje és meghaladásának lehetősége jelentős mértékben határozza meg az indikációt, illetve azt, hogy milyen messzire juthat el egy adott pszichoanalitikus folyamat.

Péter esetében szerencsénk volt. Minden traumatikus tapasztalata ellenére elég szeretetet és bizalmat internalizált gyermekkorában ahhoz, hogy a pszichoanalízisben közös munkánkra támaszkodva az addig külön tartott érzéseket és emlékeket össze merje kapcsolni azért, hogy személyiségét teljesebbnek legyen képes megélni.

Az idő és a tér mellett az analitikus munkájáért és tudásáért járó ellenszolgáltatás – a pénz – az a harmadik tényező, amely a páciens és terapeuta kapcsolatának realitását jelzi ugyan, de az előző két kerettényezőhöz hasonlóan ez is szimbolikus jelentést kap az áttétel-viszontáttétel folyamatában. A kerettényezőkről szóló fejezet soron következő, utolsó részében ezzel foglalkozom.

A pénz jelentése és szerepe a terápiában

A pénzhez való viszonyulást pszichoanalitikus szempontból kétféleképpen közelíthetjük meg (Fuqua, 1986). Egyrészt vizsgálhatjuk a pénz jelentését általánosságban, másrészt a terápiás kapcsolatban.

A pénzről általánosságban

Tagadhatatlan, hogy a pénz külső, személyközi valóságunknak gyakorlati szempontból fontos része. Sokszor szokatlan erejét azonban abból nyeri, hogy lelki életünkben is fontos szerepet játszik, mivel tudattalan fantáziákkal áll kapcsolatban, és ezért intenzív érzelmeket képes mozgósítani (Carrington, 2015). Ezáltal a külső valóságban lefolytatott pénzügyi tranzakciók folyamatosan kapcsolódnak lelki életünkhöz. Pénzt adni és kapni egyben érzelmi folyamatot is jelent.

A pénz által mozgósított lelki tartalmak néha olyan erősek, hogy túlnőhetik a lelki élet és a személyes kapcsolati tér kereteit, csoportfolyamatok mozgatóivá válhatnak. A gazdasági és pénzügyi élet irracionális mozzanatai ezzel magyarázhatók (Tuckett, 2015; Tuckett & Taffler, 2008). Ezek az irracionális mozzanatok, ha dominánssá válnak, leronthatják az érintett csoportok realitásérzékelését, és károsan befolyásolhatják nemcsak a gazdasági, hanem a társadalmi folyamatok egészét is.

A pénz egyaránt szolgálja Erósnak és Thanatosznak (Carrington, 2015). Békében az építés, háborúban a pusztítás eszköze. Alapvetően pedig az jellemzi, hogy birtoklása lehetőséget nyújt arra, hogy a valóság – vagyis az Ödipusz-komplexus

triangularitásának kihívása – elől elmenekülünk. Ezt az illuzórikus menekvést a pénz a következő fantáziákat mozgósítva nyújtja: 1. A tökéletes biztonság illúziója. 2. Birtoklása, a gazdagság, azt a megaláztatást és szégyent hivatott kompenzálni, amely abból fakad, hogy nem mi voltunk anyánk összes vágyának kizárólagos tárgya. 3. Képes szeretett személlyé tenni bennünket. 4. Birtoklása lényegében felhatalmaz bennünket arra, hogy másokat korlátozzunk, elpusztítsunk vagy bosszút álljunk rajtuk. 5. A kasztrációs szorongás leküzdésére tett kísérlet részévé is válhat a pénz, amennyiben birtoklása a férfiaság látszatát kelti, illetve kompenzálhatja azt a kisebbségi érzést, amelyet patriarchális szerveződésű társadalmi helyzetekben és kommunikációs térben a nők átélhetnek. Az alábbiakban ezeknek a tudattalan fantáziáknak a hátterét vizsgálom ösztön- és szelfpszichológiai szempontból.

Ösztönpszichológiai nézőpontból a pénz a pszichoszexuális fejlődés analízis szakaszával állhat kapcsolatban (Fuqua, 1986). Erre utal az, hogy a pénz könnyen „piszkos dologgá” válik, és „szaga” lesz, miként azt a Ferenczi (1919) által leírt ifjú férj is megtapasztalhatta, aki feleségének leheletét kellemetlennek érezte. Ferenczi ezt úgy magyarázta, hogy mivel a férfi érdekből nősült, ezért feleségének leheletében is a pénz – azaz a fécesz – szagát érezte.

Freud, Ferenczi, Abraham és Jones elemzéseit összefoglalva (Fuqua, 1986) azt mondhatjuk, hogy a fécesz a kisgyerek számára kezdetben ajándéknak minősül, amelyet adhat, de meg is tagadhat. Később, a pszichoszexuális fejlődés ödipális fázisában a fécesz tudattalanul azonosul a pénisszel, illetve a megszülető gyermekkel. Mivel a pénz hordozza a fécesznek ezeket a vonatkozásait, így érthető, hogy a korábban felsorolt tudattalan fantáziákban a pénz könnyen jelenthet a felnőtt számára hatalmat és teremtő vagy pusztító erőt. Az az érzés, hogy csak rajtunk múlik, adunk-e vagy sem, megalapozza az önállóság valós vagy – kedvezőtlen fejlődési helyzetben – inadekvát, illetve grandiózus megélését. Az ösztönpszichológiai és szelfpszichológiai értelmezés itt kapcsolódhat egymáshoz.

Amikor a pénz jelentését szelfpszichológiai szempontból vizsgáljuk (Krueger, 1986a), akkor arra keressük a választ, hogy milyen szerepet tölt be a pénz az ember önértékelésének fenntartásában. Ha például a csecsemő fejlődési szükségleteit a gondozó csak hiányosan elégítette ki, és ezért a kicsiben nem tudott kifejlődni saját szelfjének megfelelő érzete, akkor könnyen előáll a Winnicott (1960) által leírt „hamis szelf” állapot, amely arra kárhoztatja a felnövekvő embert, hogy saját szükségleteit folyamatosan mások szükségletein keresztül élje át. Ezáltal belső narcisztikus egyensúlya patológikus mértékben a külső visszaigazolások függvényévé válik. Mivel pedig a pénz társadalmunkban sok szempontból értéket szimbolizál, ezért könnyen visszaigazolást nyerhetünk általa másoktól, sőt birtoklása

a grandiozitás érzését, és ezáltal a sérthetlenség vagy akár a halhatatlanság illúzióját is nyújthatja tulajdonosának (Olsson, 1986).

Minden vágyat teljesítő „fantasztikus tárgy” (Tuckett & Tuffler, 2008) is lehet tehát a pénz, amely oly erővel kapcsolódik a pszichés realitáshoz, hogy egyfajta grandiózus átmeneti tárgynak is tekinthető (Gedo, 1963). Grandiozitást jelent, és szelfünk része, ezért is jó birtokolni. Nemcsak hatalmat, hanem – maradandósága és átörökíthetősége miatt – halhatatlanságot is megtestesít. Ezzel is magyarázható, hogy az érméken és a bankjegyeken istenek és halhatatlanná vált vagy azzá tett „héroszok” képmása díszel.

A grandiozitás azonban hordoz agresszív komponenst is. Az ember a birtoklás érzésétől remélheti, hogy önmaga számára kizárólagosan elegendő, mindent és mindenkit kontrolláló figurává válhat. A narcisztikus önelégültséget és grandiozitást a pénz birtoklása és az ezen keresztül gyakorolt kontroll által igyekszünk átélni. Ez, mivel önmagán kívül senkit nem ismer el, egyfajta agresszív, anál-szadisztikus támadást jelenthet a belső tárgyvilággal szemben. Általánosságban is tapasztalhatjuk, hogy az élet átélésének képességét a birtoklás vágya lerontja (Fromm, 1976). Shengold (1985) „anális narcizmusnak” nevezi ezt az érzésvilágot.

Tehát a pénz, bár képviselheti a tőlünk függetlenül létező társas realitást, de könnyen kifejeződhet általa a kontrollra és a grandiozitásra való törekvés, illetve az e témákhoz fűződő konfliktuózus viszony. A pszichoanalitikus kapcsolat lehetőségét nyújt ezeknek a jelenségeknek a megfigyelésére, tudatosítására és terápiás célú felhasználására.

A pénz szerepe és jelentése a terápiás helyzetben

A pénz szerepét a terápiában több szempontból is vizsgálhatjuk. Egyrészt a terápiás szerződés részeként a pénz a realitáselvet képviseli a gyönyörelevvel szemben. Amennyiben befektetett munkából származik, jelzi, hogy vágyaink kielégítése nem automatikus, erőfeszítést kell tennünk érte. A pénz tehát mind a páciens, mind a terapeuta omnipotenciaérzésének látványosan határt szab (Holmes, 2001). A terapeuta nem egy mindenhatóan jószágos személy, aki ellenszolgáltatás nélkül nyújtja szaktudását és figyelmét; és a páciens sem az a kiválasztott, szeretetre méltó vagy épp hatalmas valaki, akinek minden ellenszolgáltatás nélkül jár a kezelés. A terápiás szerződés többi összetevőjével együtt a munkadíj markánsan kijelöli a realitás határait, amelyekben belül a fantáziának szabad tere lehet. A terápia abba az omnipotens fantáziába ringathatja a páciens, hogy általa egyszer s mindenkorra sikerült egy teljesen órá hangolódó, szükségletkielégítő tárgyat szereznie, azaz sikerült végre egyfajta, csak az ő igényeit kiszolgáló kapcsolatot kialakítania valakivel (Carrington, 2015). A fizetésnap azonban mindig jelzi, hogy ez a fantázia

nem valós, a terapeuta ellentételezésért dolgozik, és ő, a páciens sem pusztán azért van ott, hogy szükségleteit kielégítse, hanem hogy vágyait lehetőségeivel jobban összhangba hozza. Nehéz és fáradtságos munka ez, amelyet a pénz sok szempontból szimbolizál.

A terapeutára tekintve azt tapasztalhatjuk, hogy magánfinanszírozás esetén – különösképpen pedig akkor, ha tiszteletdíját közvetlenül a páciensről kapja – sokszor nehéz neki az anyagiakra őszintén gondolnia, vagy azokat adekvát módon szóba hoznia. Ez jelezheti, hogy ő maga sem mentes attól a fantáziától, hogy ő egy omnipotens segítő, illetve nehezen mond le erről a páciens által feltehetően rávetített idealizált képről. A pénz azonban pontosan azt jelzi, hogy ő is éppúgy ember, mint a páciens, szükségletei és vágyai vannak, amelyek kielégítéséért erőfeszítést kell tennie; szükségletei és vágyai miatt valójában ő is függ a páciensről. A valóságban tehát a terapeuta az altruisztikus segítő és a fizetett szakember kettős természetével vesz részt a terápiás folyamatban. E kettősség néha konfliktusba kerülhet egymással, amelynek tudatosítása és adekvát értelmezése épp a realitással történő szembesülés és szembesítés miatt terápiás jelentőségű.

Ha gondolatmenetünket folytatva a pénzt mint terápiás hatótényezőt vizsgáljuk, akkor több szempont is felmerül. Egyrészt a páciens egyfajta stabilitást és bizalmat élhet meg azáltal, ha megtapasztalja, hogy a terapeuta az anyagiak tekintetében kiszámítható, őszinte és következetes. Mivel pedig az anyagi tényező könnyen lehet feszültség forrása, például hosszú terápiáknál az óradíj emelése miatt, ezért általa a páciens bizonyosságot szerezhet arról, hogy a terapeuta képes elviselni és helyén kezelni az emberi együttélésből fakadó konfliktusokat. A terapeuta finanszírozásán keresztül a páciens saját kompetenciáját és kettőjük kölcsönös egymásra utaltságát is átélheti, ami segíthet neki abban, hogy a terapeutával szembeni idealizációját átdolgozza, a terápiát és a terapeutát szabadabb módon merje használni saját lelki fejlődésének céljaira. Végezetül pedig az értelmezéseken keresztül közvetlenebb módon is fény derülhet a pénz szimbolikus jelentésére, nevezetesen arra, hogy milyen helyet foglal el a pénz intrapszichés és interszubjektív szempontból a páciens lelki ökonómiájában, és miként fejeződik ki mindez embertársaihoz való viszonyában.

A pénz jelentésével folytatott asszociatív munka terápiás jelentőségére példa az a pszichoterapeuta-rezidens páciens, aki teljesen természetesnek vette, hogy magánterápiás órabérént ugyanannyit kérjen pácienseitől, mint amennyit kiképző terapeutája kér tőle, és mélyen felháborodott, amikor a terapeuta – a páciens számára egyébként egyáltalán nem jelentős – áremelést kezdeményezett. Az indulattal és a hozzá fűződő fantáziákkal folytatott asszociatív munka nyomán élővé vált a páciens önértékelési problémája, az ebből fakadó konfliktus, amelyet a páciens

a versengés elkerülésével és narcisztikus rejtekezéssel igyekezett kezelni. Mindezek mélyén pedig az apa imágóval folytatott belső harca: emlékeiben apját egyszerre élte meg szeretettelnek, potensnek és támogatónak, ugyanakkor férfiatlannak, gyengének és szégyenletesnek. A pénzzel és az általa előhívott konfliktussal folytatott analitikus munka segítette a páciensnek abban, hogy apja iránti érzéseit egységesebbé formálja, és ezáltal saját szelférzetét megerősítse.

Az anyagiakat illetően Freud nem volt egyértelmű. Egyrészt határozottan amellet foglalt állást, hogy a terápiáért a páciensnek anyagi áldozatot kell hoznia (Schonbar, 1986). Meglátása szerint ha az analitikus nem kér pénzt a munkájáért, akkor ez erősítheti a páciens dependenciáját, a negatív áttétel nehezen fejeződik majd ki, és ezáltal az ellenállás erősödhet, sőt paranoid fantáziák is megjelenhetnek, amennyiben a páciens joggal bizonytalanodhat el abban, hogy vajon miért is jó az a terapeutának, hogy érte annyit fáradozik. Az ingyenes terápia a páciens számára csökkent önértékelést, fölösleges büntudatot is okozhat, a motiváció elapadhat. Mindezek miatt lehet úgy érvelni, hogy hasznos lehet, ha a páciens valamennyire tehernek érzi a terápiás díjat.

Ugyanakkor tudomásunk van arról, hogy már maga Freud sem volt ebben a kérdésben következetes. Többeket kezelte ingyen (Krueger, 1986b), a berlini, a bécsi és a budapesti poliklinika tapasztalatai alapján pedig felvetette, hogy a pszichoanalízisnek szélesebb tömegek számára kell elérhetővé válnia, olyanok számára is, akik nem engedhetik meg maguknak, hogy önerőből finanszírozzák a kezelésüket (Eissler, 1974). A második világháború előtt az európai analitikusok között köztudomásúan bevett gyakorlatnak számított az ingyen kezelés. A nem magánfinanszírozású pszichoterápiás tapasztalatok is megerősítik, hogy a terápia sikerét nem akadályozza, ha a terápiáért a páciens nem hoz anyagi áldozatot (Lorand & Console, 1958). Hiszen az anyagiakon túl a terápia egyéb – például időbeli, életvezetést illető, érzelmi – befektetést is követel, és a fentebb említett áttételi problémák – a túlzott hála és dependencia, a negatív áttétel elfojtása és a gyanakvás – megjelenhetnek akkor is, ha a páciens fizet (Schonbar, 1986). A terápia sikerének tehát nem feltétele, hogy a páciens fizessen (Jacobs, 1986), az pedig még kevésbé, hogy komoly anyagi áldozatot hozzon (MacKinnon et al., 2006).

Az anyagiak kezelése szempontjából a terapeutát jellemezheti egyfajta szigorúbb vagy rugalmasabb beállítódás (Schonbar, 1986), amely leginkább az óradíjak megállapításában és a páciens által lemondott órákhoz való viszonyban nyilvánul meg. A terápia egyéb kerettényezőihez hasonlóan a legfontosabb az, hogy a terapeuta saját belső munkamódjával összhangban kezelje ezeket a kérdéseket, és a páciens felé is ezt az összhangot jelenítse meg (Eissler, 1974; Schonbar, 1986; Krueger, 1986b; DiBella, 1986). A terápia védelmét és a stabilitásérzés

megteremtését önmagában nem szolgálja az elmaradt órák rutinszerű kifizettetése, miként a páciens aktuális lelkiállapotához vagy váratlan élethelyzeteihez történő alkalmazkodás sem feltétlenül szolgálja a terápiás célkitűzéseket. A rutinszerű szigorúság vagy rugalmasság könnyen jelentheti, hogy a terapeuta sematikusan, az áttételi és viszontáttételi folyamatok megértésére irányuló törekvés nélkül dönt, és ezzel a pszichoanalízisben rejlő lényegi lehetőség vesz el.

Magasabb heti óraszám esetén a keretfeltételek szigorúbb kezelése és ezek betartatása lehetőséget nyújthat az áttételben keletkező, de azon kívül megnyilvánuló jelenségek mélyebb vizsgálatára és alaposabb átdolgozására. Például nagyobb a valószínűsége annak, hogy ha valaki hetente háromszor, négyszer vagy ötször jár terápiába, akkor érdemben terápiás témává válhat náthájának kapcsolati vetülete, nevezetesen az, hogy betegségének kialakulásában esetleg az is közrejátszhatott, hogy tudattalanul nem akart órára menni. A jelenség realitásközeli, kapcsolati vonatkozásával azonban mindig dolgozhatunk, és ezért a következetesség, még ha néha szigorúságnak tűnik is, sosem haszontalan. Arra gondolok, hogy például mindig szóba hozható egy váratlanul lemondott óra esetén, hogy mennyire képes a páciens figyelembe venni a másik ember – esetünkben a terapeuta – érdekeit. Például mit gondol arról, miként érinti a terapeutát egy ilyen hirtelen változás, vagy ő maga hogyan érezne, mit gondolna, ha valaki hasonlót tenne vele.

A terapeuta érdekeinek tisztán tartása az egész terápia szempontjából jelentős szempont. A terapeutának értenie kell, és tudnia kell képviselni saját érdekeit, amelyek a terápiában a páciens felé csak anyagi formában ölhetnek testet (Raney, 1986). Ez, a terapeuta honorárium, az egyetlen kielégülési forrás, amelyet ő a terápiás kapcsolatban joggal elvárhat. Túl alacsony honorárium esetén féltő, hogy nehezen felismerhető és átdolgozható csalódás vagy agresszió termelődik benne, és ezért hajlamosabbá válhat arra, hogy a kielégülés egyéb csatornáit válassza: szeretetet vagy csodálatot várhat a páciensről, esetleg ösztönösen vagy tudatosan egyéb szolgálatokra használja őt fel, egészen a szexuális természetű acting outig. Példaként gondolhatunk arra a páciensre, aki lakása felújításáról beszélt a terápiás órán. Az óra végén a terapeuta elkérte a megbízható szerelő számát, amit a páciens készségesen megadott, majd bejelentette, hogy nem megy többet, mert nem ezért jár oda. Igaza volt.

Az is lehetséges továbbá, hogy a terapeuta azért szab alacsony óradíjat, mert a lelke mélyén nem érzi magát elég kompetensnek vagy a terápiás felelősségtől igyekszik ezáltal szabadulni, mondván: ne várjanak tőle sokat, ő olcsón dolgozik (Schonbar, 1986). Még képzésben álló terapeutáknak különösen nehéz a helyzetük. Hiszen joggal lehetnek bizonytalanok tudásukban és tapasztalatukban,

ugyanakkor a képzések anyagi nyomása sokkal nagyobb teherrel nehezedik rájuk, mint a képzéseket már maguk mögött hagyott, tapasztaltabb terapeutákra.

A pénzre vonatkozó terápiás keretek felállításakor és betartásakor saját megszokott gyakorlatunk rutinszerű alkalmazása helyett érdemes meghallani a páciens igényét, és ez alapján mérlegelni, hogy saját magunkhoz képest mikor legyünk „szigorúak”, mikor pedig „engedékenyek” (Allen, 1971). Ez nem könnyű, mert döntéseink meghozatalánál az áttételi-viszontáttételi helyzetet, a páciens és a saját magunk pszichés és külső realitását egyszerre kell mérlegelnünk. A tisztánlátást nehezíti, hogy a pénzzel szemben több, különféle forrásból származó ellenállás is felmerülhet, amelyeken át kell küzdenünk magunkat.

A korábban vázolt grandiozitás és narcisztikus sérülékenység, valamint az analízis vonatkozású tartalmak miatti szégyen lehet az ellenállás egyik oka. A narcisztikus sérülékenységhez kapcsolható az evolúciós megközelítésből származó magyarázat, amely szerint az anyagi javak birtoklása sok szempontból embertársaink fölé emelhet bennünket, ezért ezek felnagyítása, vagy akár rejtegetése előnyt vagy az irigységből származó agresszióval szembeni védelmet jelenthet (Holmes, 2001). Továbbá kulturális reflexeink miatt sem könnyen hozható harmóniába a segítő szándék a gazdasági beállítódással (Krueger, 1986b). Fontos tényezők lehetnek még az adott társadalom pénzkezelési sajátosságai, illetve anomáliái. Nem meglepő tehát, ha a pénzhez fűződő viszony egyes elemei elfojtás alá eshetnek páciensben és analitikusban egyaránt. Az elfojtás pedig a terápiás kapcsolatban ellenállásként jelentkezik, amely megterheli az áttételt és a viszontáttételt, míg a tisztánlátást és az őszinte beszédet megnehezíti.

Az ellenállás egyik jele lehet a terapeutában például az, hogy a terápiás szerződés kidolgozásakor a pénzügyi kérdéseket többnyire elszietve, mintegy mellékesen említi csak meg (Jacobs, 1986), illetve a későbbiekben is igyekszik a témával kapcsolatos lelki tartalmak vizsgálatát elkerülni.

A pénz még ugyanazzal a pácienssel folytatott terápia során is különféle jelentéseket ölthet, amelyek nem zárják ki egymást, hanem a legkülönbözőbb keveredésben működhetnek. Mint láttuk, a pénz állhat az ösztönén, az én és a felettes én szolgálatában (Allen, 1971). Ha például a páciens alacsonyabb összegért szeretne járni terápiába, akkor ezt a vágyát motiválhatja az ösztönkésztetés, hogy többet kapjon. Énfunkció-működését jelezheti azonban, ha azért próbál alkudni, mert terápiájának fizetési terhét szüleitől át szeretné venni. Felettesén-funkció pedig, ha a fizetéshez büntudat elemei társulnak, például a következő érzés esetén: „szüleim sosem engedhették meg maguknak, hogy ennyit áldozzanak a saját problémáik megoldására, akkor én hogyan fizethetnék ennyit?”

Az anyagiakban mutatkozik meg kézzelfogható módon, hogy a terapeuta és a páciens egymásra utaltságban dolgozik. Ezáltal a páciens-terapeuta kapcsolat lehetőséget nyújt a szimbiotikus viszony megélésére és kognitív, emocionális át-dolgozására. Azaz egy olyan viszony megélésére és megértésére, amelyben a két fél egymásra támaszkodva mindkettőjük számára hasznos, kölcsönös tevékenységet folytat. Analitikusként is minden terápiában újratanulhatjuk, hogy miként tudunk káros mértékű agressziót és büntudatot mellőzve adni és elfogadni.

Korábban a pénzt grandiózus átmeneti tárgynak neveztem. Amennyiben grandiózus, annyiban a tárgyak kiiktatásán keresztül az önelégültség illúziójával kecsegtet, azaz egy olyan állapottal, ahol pusztán önmagunk által minden vágyunk kielégülést nyerhet. A narcizmus ebben a fantáziában pusztító oldalát mutatja meg, amelyet André Green (1983) halálnarcizmusnak nevezett. A pénz azonban ellentétes jelentést is magára ölthet: kifejezheti és szolgálhatja a kölcsönösséget, az együttműködést és a gondoskodást.

A kerettényezőik tárgyalása után a következő fejezetben két fontos klinikai kép, a trauma és a pszichózis pszichoanalitikus elemzése következik.

A trauma és a pszichózis pszichoanalitikus értelmezései és kezelési lehetőségei

A trauma pszichoanalitikus megközelítése

A pszichoanalitikus szemlélet általános szempontjai

A trauma szót a 17. század végétől használja a nyugati orvostudomány; kezdetben a külső behatásra keletkező fizikai sérülések megnevezésére (Figley et al., 2017). A 19. század közepétől a fogalom jelentése kiterjedt, jelölve a külvilágból származó káros hatások komplex, lelki következményeit is. A pszichoanalízis is ez utóbbi értelemben hivatkozik rá (Laplanche & Pontalis, 1967).

Pszichés traumáról akkor beszélünk, ha valamilyen külső esemény, például természeti katasztrófa, háborús helyzet vagy egy másik ember bántalmazó magatartása meghaladja a traumának kitett személy lelki ellenálló képességét, és ezzel átmeneti vagy tartós károkat – például szorongásos tüneteket vagy személyiségváltozást – hoz létre benne. A traumatikus életesemény valószínűsíti a traumával közvetlenül összefüggésbe hozható mentális zavarok – például PTSD vagy borderline személyiségzavar – kialakulását. Ez az összefüggés azonban nem jelent egyértelmű

ok-okozatiságot (Allen & Fonagy, 2015). Trauma és lelki zavar kapcsolata ennél összetettebb és általánosabb.

Külső és belső tényezők összjátékán, azaz a lelki ellenálló képességen, illetve a trauma mértékén és fajtáján egyaránt múlik, hogy traumatizálódik-e valaki egy súlyos életesemény hatására (Weiss, 2019). Továbbá ha a lelki ellenálló képesség gyenge, esetleg a lelki működés valamilyen enyhébb zavara már a trauma elszívődése előtt fennállt, az önmagában is jelezheti, hogy a személy valamilyen traumán már korai fejlődése során átesett. A lelki ellenálló képesség elégtelen működését, illetve a traumatikus esemény bekövetkezése előtti, enyhébb pszichés működési zavarokat sok esetben úgynevezett fejlődési vagy kapcsolati traumával magyarázhatjuk (Bromberg, 2008). Ezek a kisgyerek és közvetlen környezetének – elsősorban a szülőpárosnak – a kapcsolatában beálló, súlyosabb zavarok, amelyek károsan befolyásolják az érzelmi és kognitív fejlődést. Mivel nem mindig látványos történésekről, hanem például az anya-gyerek interakció ismétlődő hiányosságairól van szó, ezért ezek sokszor – például ha később az egyén lelki egyensúlyát valamilyen formában fenntartani képes – rejtve maradhatnak, és csak nagyobb lelki megterhelés hatására válnak egyértelművé.

A korai kötődési trauma patogén hatására szolgáltató példát egy intézeti körülmények között kezelt anya-gyerek párosról tett, filmre rögzített megfigyelés:

„Egy etetést bemutató, régi filmen látjuk, amint az öt hónapos Nicole a nyelések közötti szünetben anyjával keresi a kapcsolatot. Az anya azonban minden alkalommal szó szerint ledörzsölte a mosolyt a gyerek arcáról a kanállal, mígnem a hatodik falatot a gyerek részéről már egy fintor követte [...] A következő lépésben láthattuk, amint az anya, hogy saját kudarcélményétől szabaduljon, kritizálni és szidalmazni kezdte gyermekét, majd végül kijelentette, hogy Nicole-t egy undok gyerekek tartja. Nem sokkal később az anya depressziója egy időben jelentkezett gyermekének fejlődési elmaradásával.

A szakszemélyzet beavatkozásának hatására a hatékony etetési folyamat újraindult, és Nicole gyarapodni kezdett, de a hosszan tartó össze nem hangolódás hatása megmaradt. Nicole elkezdte tépdetni a haját, addig rángatta és csavargatta a szálakat, amíg azok megtörttek épp azon a ponton, ahol feje anyja karhajlatával érintkezett. Vagyis az egyetlen ponton, ahol még érintkeztek egymással. Hónapokon át szinte teljesen kopasz maradt, két és fél éves korában pedig még észrevehetően rövidebb és rosszabb minőségű volt a haj fejének ezen a részén. És bár mind az anya, mind a gyerek állapota látványosan javult, a tünet fennmaradt, és alkalmanként

előjött, például akkor, amikor az óvónő nem válaszolt Nicole kérdésére” (Novick & Novick, 2022, pp. 1046–1048).

Nicole sorsáról nem tudunk meg többet. Pszichoanalitikusként azonban hajlamosak vagyunk feltételezni, hogy a bemutatott korai kötődési trauma – még szerencsés későbbi fejlődési tapasztalatok esetén is – hajlamosíthatja őt arra, hogy felnőtt korában a magára hagyatottság vagy társas össze nem illés hétköznapi történéseit is traumatizálónak élje meg, és ekként reagáljon. Az sem kizárt, hogy e nagyon ősi, ezáltal szükségszerűen tudattalan trauma felnőtt korában arra készíteti majd, hogy az elhagyatás és össze nem illés helyzeteit keresse, illetve hozza létre magánéletében. Az ilyen önsorsrontó készütségek mögött állhat egyfajta szadomazochisztikus ismétlési kényszer, amelyet hajthat az, hogy az illető saját szenvedését újraélve szenvedést okozzon mindazoknak, akik a jelenben gondoskodnának róla. Ugyanakkor hajthatja ezt a kényszert az a tudattalan, omnipotens vágy is, hogy végre talán sikerül a megtörtént korai traumát meg nem törtéنتté tenni (Novick & Novick, 2003, 2022).

A belső, mentális térkép, amellyel az ilyen, általában kudarcra kárhozottat és gyakran tragikus kimenetelű törekvéseket modellezhetjük, egy olyan tárgykapcsolati mintázatként képzelhető el, amelyben a traumatizáló érzelmi tapasztalat mindkét szereplője, azaz a rossz élményt okozó anya és az azt elszenvedő kisgyerek az introjektív mechanizmusokon keresztül a gyerek belső világának alkotóelemévé válik. Ezeket a tudattalan tárgyakat és a hozzájuk kapcsolódó káros érzéseket próbálja meg később a traumát átélt személy a legkülönbözőbb módokon a saját lelki világa számára minél elfogadhatóbbá tenni, és erre saját lelkét, testét vagy a külvilágban épp rendelkezésre álló kötődési személyeket használja fel. Az eredmény a mazochisztikus formakörbe tartozó jelenségek, az önsorsrontás, az önsértés vagy az öngyilkossági kísérlet, amelyek egyszerre jelenthetnek tehát szadomazochisztikus önszabályozási kísérletet és a kötődés megélésére tett kétségbeesett, maladaptív próbálkozást (Bronstein, C., 2022; Persano, 2022). Az ilyen cselekvések mögötti motiváció és a hozzájuk társuló belső térkép, valamint a háttérben álló trauma sokszor tudattalan, csak hosszabb pszichoanalízis vagy pszichodinamikus terápia eredményeként tudatosítható, és a változás is csak hosszabb terápiától várható.

Visszatérve korábbi gondolatmenetünkhöz, feltételezhető tehát, hogy mentális zavar esetén a trauma oki vagy hajlamosító tényezőként a háttérben szinte mindig jelen van, és ezért diagnosztikai és terápiás munkát végezve számítunk arra, hogy a traumával valamilyen mértékben majd foglalkoznunk kell.

A pszichoanalitikus elméletalkotás kiindulási és végpontja a páciens és az analitikus kapcsolata, ezért a trauma jelenségének megértése és kezelése is ebben

a kapcsolati térben nyeri el végső formáját. Diagnosztikai szempontból, ennek megfelelően, kérdésünk annak felderítésére irányul, miért tudja a múltban átélt trauma a jelenben is befolyásolni a páciens lelki állapotát és viselkedését, azaz miért marad fenn a traumatikus élmény hatóerőként a jelenben is, miért nem tud felejtésre alkalmassá, azaz valódi emlékké válni. Terápiás szempontból pedig azon fáradozunk, hogy a traumát hatóerejétől megfosztott, valódi emlékké tegyük. Ez azt jelenti, hogy az idő múlásának élményét igyekszünk a traumatikus élménnyel kapcsolatba hozni, és ezáltal a felejtés-emlékezés természetes folyamatait a traumatikus élmény vonatkozásában helyreállítani.

A fentiek jelentik a trauma pszichoanalitikus szemléletű terápiájának kiindulópontját. Abból a feltételezésből indulunk ki tudniillik, hogy ha megfelelő teret és elegendő időt biztosítunk a páciens számára, akkor, mivel a traumája a jelenét befolyásoló motivációs tényező, ezért az a terápiás térben is felismerhetően megnyilvánul majd, megérthetővé és feldolgozhatóvá válik.

A trauma feldolgozása enactmenttel veszi kezdetét, vagyis azáltal, hogy a páciens észrevétlenül vagy észrevehetően bevonja az analitikust a traumatikus tapasztalatba, mintegy végigjátszatva vele traumájának különféle mozzanatait. Az enactmenttel folytatott munka során az addig sokszor teljesen érthetetlen vagy félreértett élményvilág valós értelmet nyerhet, így elviselhetőbbé és kezelhetőbbé válhat (Bromberg, 2008). A feldolgozás két csatornán keresztül zajlik a terápiás folyamatban. Az egyik a megélés, a másik a megértés. A páciens az enactment által megtapasztalja, hogy a traumatikus élmény megváltoztatható. Hiszen a terapeuta másként – türelmesebben, elfogadóbban és a megértést elősegítően – viszonyul hozzá még olyan helyzetekben is, amikor a páciens úgy viselkedik a terapeutával, mintha épp akkor szenvedné el a traumát általa. Továbbá a terapeuta következetes, értelmező beállítódásán keresztül a páciens egyre jobban megérti, hogyan is hatott, hat rá a trauma, azaz miért érzi magát és viselkedik sokszor oly furcsán a legkülönbözőbb élethelyzetekben.

Általában a traumafeldolgozás kezdeti szakaszában a terapeuta-páciens páros értelmező-reflektív együttműködésére jóval a traumát tartalmazó enactment megjelenését követően kerül sor. Például az egyik terápiás órán a páciens szidja a terapeutát, hogy az milyen érzéketlenül bánik vele, a terapeuta pedig fáradt kérésbeeséssel a hangjában hasztalan próbálja a páciens számára felidézni a kérdéses interakció fontosabb elemeit, hogy megmutassa, miként torzít a páciens érzékelése az ő beállítódását illetően. A következő órán a páciens már jóval nyugodtabb hangulatban, spontán visszatér az előző órai történésekre, és a terapeuta segítségével megtalálja az összefüggéseket gyermekkori emlékei és az órán lejátszódottak között.

Ha a traumafeldolgozási folyamat sikerrel halad, akkor e két mozzanat egyre közelebb kerül egymáshoz, már-már összekapcsolódik, ami mutatja, hogy a trauma hatóereje lassan csökken, azaz a trauma egyre inkább emlékké válik. A páciens indulata már nem olyan nagy, és megjelenését követően nem sokkal, spontán megtalálja, hogy a terapeuta viselkedésében mi érintette őt érzékenyen, vagyis mi idézte elő benne a gyermekkori traumákhoz kapcsolódó érzelmi állapotot.

A traumafeldolgozás kezdeti szakaszára példa Dezső esete, aki traumatizált háttérből származott. Otthon és az iskolában sokat csúfolták, megszegyénítették. Egy alkalommal, amikor már néhány éve járt terápiába, egy szégyenteli esetet mesélt el, bennem pedig felmerült saját, hasonló, gyermekkori emlékem. Mélyen átéltem a fájdalmat, együttérzést és a zavart. A feltámadó érzések kavalkádja önkéntelenül egy határozottan feszes érzést varázsolt az arcomra. „Most nevet?” – kérdezte, számomra váratlanul, sértett indulattal Dezső, majd meg sem várva a választ, keserűen szidalmazni kezdett. Az ülés hátralevő részét keserű, szidalmazó szavai töltötték ki. Nem tudtam, mit mondjak, tehetetlenséget és szégyent éreztem. Úgy éreztem, hiába is magyaráznám az igazamat, és különben sem kaptam már szót azon az ülésen. Szerencsére a terápiás kapcsolat már elég erősnek bizonyult ahhoz, hogy a páciens ne hagyja abba a terápiát. Sőt, visszatekintve úgy látom, épp a terápiás szövetség ereje tette lehetővé számára, hogy gesztusomat megalázónak élje meg. Már eléggé meg tudott bízni kettőnk kapcsolatában ahhoz, hogy a megaláztatás traumatikus élményét be merje engedni a terápiás térbe. A megalázottság élménye a következő órán nem, csak jóval később került elő, és még többször felbukkant, de hosszabb időnek kellett eltelnie ahhoz, hogy a terapeuta különböző intervenciókon keresztül képes legyen Dezső szilárd meggyőződését, miszerint az kinevette őt, fellazítani. Több hasonló traumatikus helyzet közös megélésének és értelmező feldolgozásának eredményeként Dezső egyre inkább képessé vált arra, hogy az embertársai viselkedése mögötti okokat még a számára érzelmileg megterhelő helyzetekben is árnyaltan és több szempontból mérlegetse.

A traumafeldolgozás későbbi szakaszát szemlélteti a következő terápiás ülés részlete. Franciska egész gyermekkorától súlyosan bántalmazó és elhanyagoló családi légkörben telt. Feltehetően amiatt, hogy a korai kötődési személyekkel kapcsolatos traumák a terápiában újraéledtek, az üléseket éveken át intenzív érzelmek és indulatkitörések által uralt, mikrodisszociatív állapotok jellemezték. Ezeket a terápia első néhány évében az ülések között öngyilkossági fantáziákkal kevert mély bűntudat követte. Többéves, intenzív terápiás munka nyomán a páciens képessé vált arra, hogy önreflexió segítségével a disszociatív állapotokat mintegy *in situ*, spontán módon összekapcsolja múltja emlékképeivel. Például:

Franciska őszinte dühvel kiabálja: „Maga egy hülye, nagyképű állat, hímsóviniszta is. Igazán visszaadhatná a diplomáját. Meg az a hülye Freud is, aki mindenben a szexet kereste. Maguk tiszta hülyék mind. Maga meg cserben is hagyott!” Ezek után elhallgat, magába mélyed, és kisvártatva elmosolyodik, szinte feltisztul. A szemembe nézve nyugodtan és kedvesen mondja: „Igen, már megint ki kellett ennek a csalódásnak jönnie. Éppen ugyanazok az érzések, mint az anyámmal. Meddig fog még ez tartani?”

A traumát magyarázó pszichoanalitikus elméletek

Sigmund Freud kezdetben a gyermekkorban elszenvedett traumatikus életesemény jelentőségét hangsúlyozta a hisztériás – a mai diagnosztikai terminológiában leginkább disszociatív és szomatoform – jelenségek megértésében (Bronstein, A., 2022). Egyfajta energetikai elméletről van szó, amely szerint egy tapasztalat akkor traumatikus, ha az általa hordozott inger olyan intenzív, hogy azt a lelki működés feldolgozni nem képes, és ezáltal a tapasztalat nem válik az emlékezet és az identitás szerves részévé, hanem mintegy „emésztetlenül” raktározódik el. Ezáltal sérülékeny, úgynevezett fixációs pont jön létre a lelki fejlődésben, amely később, a traumatikus tapasztalattal rokonítható életesemények hatására aktiválódik, és patogén tényezővé válik.

Freud később a megtörtént, traumatikus életeseményekről az ösztönökkel szorosan összefonódó fantáziavilág patogén szerepére helyezte át a hangsúlyt (Freud, 1917). E szerint az evolúciós mozzanatot integráló elmélet szerint az emberiség őstörténetében lejátszódott traumatikus események tudattalan ősfantáziákként rögzülve adódtak át a későbbi generációknak. Ezáltal minden ember több ponton is sérülékenységet hordoz a lelkében még akkor is, ha egyéni fejlődése során traumatikus élményt nem szenvedett el.

Későbbi pszichoanalitikus szerzők az egészen korai anya-gyerek kapcsolatra, illetve a későbbi szülő-gyerek interakciókra vezetik vissza a traumát és az arra való hajlamot. A baba-mama kapcsolat súlyosabb zavarait a kötődési trauma fogalma írja le (Schore, 2012), ami instabil kötődési mintázatot alakít ki, amely – különösen dezorganizált kötődés esetén – nagymértékben hajlamosít a diagnosztizálható súlyosságú lelki zavar későbbi megjelenésére.

A szülő-gyerek kapcsolat zavarának a későbbi felnőtt énképére és önértékelésére gyakorolt káros hatását a szelf-szelftárgy kapcsolatrendszerben bekövetkezett trauma fogalma írja le (Kohut, 1984). Ez a kapcsolati trauma a narcisztikus patológiák egy részének kialakulásában válik meghatározó tényezővé.

Az elmúlt évtizedekben új megvilágításba kerültek a traumát magyarázó pszichoanalitikus elméletek az interperszonális neurobiológia eredményei által

(Schore, 2012). Ez az integratív kutatási irány azzal magyarázza a kötődési, illetve a kapcsolati trauma pusztító hatását, hogy a születés utáni első 3-5 évben az agynak az érzelemszabályozásért, illetve általánosabban a lelki homeosztázisáért felelős területei és összeköttetései csak a korai kötődési személyekkel – azaz általában az anyával és az apával – folytatott, érzelmileg jelentős interakciók során képesek működni és fejlődni. Ez azt jelenti, hogy a kisgyerek tőlük tanulja meg, miként nyugtassa meg és szabályozza saját magát. Ha a szülők saját önszabályozása súlyosan sérült, például azért, mert maguk is traumatizált háttérből származnak, akkor ez a sérülés szükségképpen kapcsolati zavarként jelentkezik majd a szoros szülő-gyermek interakciókban, és a gyermek, illetve később a felnőtt működésének részévé válik. Így lesz a trauma transzgenerációs hatótényező.

Például egy anya, akit kiskorában szülei szeretetmegvonással büntettek, könnyebben éli át a szeretetmegvonás élményét akkor is, ha saját gyermeke nem megerősítő reakciót ad neki, mert, mondjuk, ahelyett, hogy visszamosolyogna rá, sírva fakad, például azért, mert épp fáj a hasa. Ekkor az anya, hogy saját szorongását mérsékelje, igyekezhet kikényszeríteni a gyermek pozitív reakcióját, vagy – mivel nem bírja elviselni, hogy „elutasítják” – maga is elfordul majd gyermekétől, miként az vele is gyermekkorában megtörtént. Az anya viselkedését megtapasztalva a gyermek a felfokozott szorongás vagy épp a magára hagyatottság élményét éli majd át, és ha az ilyen interakció visszatérő jelleggel nyilvánul meg, az élmény saját szabályozásának vagy inkább szabályozatlanságának a részévé válik. Tekintve, hogy az ilyen transzgenerációs trauma sokszor a korai érzelemszabályozás szintjén hat, azon a szinten, ahol a szomatikus és a lelki folyamatok szabályozása még szorosabban összekapcsolódik, a trauma könnyen válhat ható tényezővé későbbi pszichoszomatikus jellegű problémák kialakulásában is (Papazian, 2022).

Pszichoszomatikus problémát kiváltó transzgenerációs hatásra és az ebből fakadó, kumulatív traumára példa lehet Andor esete, aki pszichoszomatikus megbetegedés határán álló konverziós eredetű gyomorpanaszokkal és az ezekből kiinduló hipochondriás aggodalmakkal jelentkezett pszichológiai kivizsgálásra. Anyai nagyapja röviddel a második világháború után halt meg gyomorrákban. Az anya megélése szerint a betegséget a háborúban elszenvedett nélkülözések okozták. Andor számára, aki érzelmileg elutasító apjával nem tudott azonosulni, az anyai nagyapa emléke jelentette a primer azonosulási mintát, annál is inkább, mivel őt az anya imádta és idealizálta. Az anya Andort mindig nagyapjához hasonlította, és nagyon ügyelt a páciens táplálkozására, akinek „olyan érzékeny a gyomra, mint a nagyapjának”. A pszichodinamikus diagnosztikai munka során felállított hipotézis szerint a páciens konverziós panaszai leginkább az anyjához fűződő,

incesztuózus elemektől sem mentes, éretlen-fúziós kötődési mintázat részeként értelmezhetők. Egyszerűen fogalmazva: a páciens úgy érezhette, gyomorbetegnek kell lennie ahhoz, hogy anyja kizárólagos szeretetét és figyelmét megkapja és fenntartsa.

Az esetek egy részében a traumatikus életesemény vagy kapcsolati konstelláció már kezdettől fogva gyanítható, és előbb-utóbb a diagnosztikai szakasz vagy a terápia során nyilvánvalóvá válik. Megtörténhet azonban, hogy a szakember hosszú ideig értetlenül áll páciense szorongásos-depresszív tünetei, életvezetési nehézségei előtt, mivel sem a diagnosztikai fázisban, sem azután, a terápiában nem sikerül egyértelműen traumatizáló életeseményt feltárni. Ilyen esetekben sokszor a szülő-gyerek interakció kora gyermekkortól késő serdülőkorig tartó torz mintázatában kereshető a magyarázat, amely mintegy észrevétlenül viszi félre a szelf fejlődését. Khan (1963) kumulatív traumának nevezte ezt az észrevétlen interakciós mintázatok sorozata révén kialakult személyiségtorzulást. A Winnicott (1960) által leírt hamis szelf kialakulásának hátterében sokszor találhatunk kumulatív traumát.

Mindezek a különböző eredetű traumák, illetve a megértésükre megfogalmazott elméletek nem zárják ki egymást. A traumát kiváltó tényezők sokszor több forrásból származnak. Traumatizált páciensekkel folytatott munkánk során előfordul, hogy a terápia egy bizonyos szakaszában inkább az egyik, másik szakaszában inkább egy másik traumát okozó élethelyzet vagy életesemény kerül előtérbe, illetve az ezeket leíró elméleti megközelítések segítségével tudjuk értelmezni a klinikai térben tapasztaltakat.

Traumatizált páciensekkel dolgozva, a pszichodinamikus spektrumon belüli terápiák megválasztását illetően a következő alapelveket fogalmazhatjuk meg: a személyiségműködéssé szervült kötődési, illetve fejlődési – kumulatív – trauma esetén, ha a személyiség kellően megtartott, akkor a standard pszichoanalitikus szetting ajánlható. Ha a trauma feldolgozása során súlyosabb regresszió – például pszichózis, szomatikus dekompenzáció, veszélyeztető acting out – lehetősége felmerül, akkor pszichodinamikus pszichoterápia ajánlott. Akut traumatikus állapotot követően pedig a szupportív, illetve a rövid dinamikus terápiát is mérlegelhetjük, a személyiség teherbíró képességének és a trauma jellegének függvényében. Tekintettel arra, hogy a trauma a személyiség egészséges működésének alapelemeit – a pozitív kötődést, a bizalmat, a realitás érzékelését – is támadja, az akut trauma kezelését követően a személyiség egészét bevonó, hosszú pszichoterápiás kezelés lehetőségét is érdemes megfontolni.

Természetesen a fenti alapelvek iránymutató jellegűek, a helyes indikáció csak egyénre szabva állapítható meg.

Lényegesebb terápiás szempontok

A fejlődési traumatológia eredményei megmutatják, hogy a gyermek traumára adott pszichobiológiai reakciója kezdetben a *hiperarousal*, amely a traumatikus élménnyel való megküzdés miatt jön létre (Schoore, 2012). Ezt követi a disszociáció, amely a kifáradásnak és az ebből fakadó súlyos állapotokkal – nevezetesen a tartós *hiperarousal* által okozott jobb féltekei sejtpusztulással – szembeni védekezésnek tudható be. A gyermekkorban elszenvedett, visszatérő traumatizáció hatására a disszociatív megküzdés állandósul. A disszociáció mértéke a trauma súlyosságán múlik.

A korai gyermekkor – leginkább a születést követő két-három év – traumatikus élményeinek a fejlődésre és a felnőtt korra gyakorolt patogén hatását erősíti, hogy ebben a korai életszakaszban a tudatos emlékezetért (explicit memória) első-sorban felelős hippocampusz teljesen még nem aktív, így a traumatikus tapasztalat viselkedési automatizmusok, nehezen megfogható érzések és hiedelmek (implicit memória) formájában rögzül, nem pedig tudatos emléknymódként (Turnbull & Solms, 2003). Nem meglepő tehát, hogy a páciens az ilyen korai életkorra visszanyúló traumákat tudatos emlékként megjeleníteni és elmondani nem tudja, hanem leginkább viselkedéses módon vagy az érzést projektív identifikáció által a terapeuta viszontáttételében kiváltva kommunikálja. Így történhet meg az, hogy a terapeuta él át és esetleg fogalmaz meg valamit abból, amit a páciens hordoz, de átélni és megfogalmazni nem képes, illetve hogy a páciens észrevétlenül lényegében lejátszat a terapeutával egy olyan helyzetet, amely az ő traumatizált érzésvilágának része. Ez a kommunikációként működő projektív identifikáció és az enactment együttesen is megjelenhet, mint azt a következő példában láthatjuk.

Dániel középkorú férfi, aki képtelen volt elköltözni szüleitől és párkapcsolatot kialakítani. Évek óta tartó analízisében több élethelyzeti nehézség és elakadás megoldódott, de az alapprobléma nem mozdult. A vele folytatott munkám során rendszeresen átéltem a tehetetlenséget, amely oda vezetett, hogy többször is vitába bonyolódtam vele. A viták során nyilvánvalóvá vált, hogy olyan, mintha csak én szeretném, hogy ő változzon, miközben ő passzívan ellenállt.

Betty Joseph (1982) számol be hasonló klinikai tapasztalatról, amelynek során a páciens már évek óta jár analízisbe, és „beszél, álmodik és a többi, de az a benyomásunk, hogy valójában igen kevéssé érdekelt abban, hogy változzon, javuljon, emlékezzen, hogy bárhova is jusson a terápia segítségével [...] Úgy tűnik, hogy az analitikus az egyetlen személy a helyiségben, aki aktívan érdekelt a változásban, a haladásban, a fejlődésben. Olyan, mintha a páciens összes aktív részét az analitikusba vetítette volna [...] Az ilyen pácienseknek [...] nem volt különösebben rossz gyermekkoruk, bár lélektani értelemben szinte biztos, hogy nehéz életük volt,

mivel érzelmi melegséget és igazi megértést sosem kaptak, és apjuk vagy anyjuk nagyon indulatos volt” (p. 454).

És valóban, Dániel gyermekkorra kívülről szemlélve irigylésre méltó volt. Nagy házban laktak, és gyerekként mindent megkapott, amit csak kért. Viszont érzelmileg teljesen magára hagyatottnak érezte magát, mivel mindkét szülője saját karrierjével volt elfoglalva, és nem volt türelmük vele foglalkozni. Feltételezhetjük, hogy az anya – aki maga is érzelmileg deprivált és traumatizáló háttérből származott – gyakran képtelen volt ráhangolódni gyermeke valós igényeire, és Dániel már kiskorától úgy érezhette, nem elég jó, sem ő, sem pedig az, amit csinál, hiszen anyja elfordul tőle. Később pedig, amikor apja gyakran idegesen jött haza a munkából, ha ő nem jól viselkedett, esetleg önálló igényei voltak, vagy csak nem teljesítette azonnal apja kérését, gyorsan jött az ordibálás, a zsebpénzmegvonás és néha a pofon. Dániel így hamar megtanulta, hogy jobb, ha nem akar semmit, és nem próbálkozik semmivel. Apa és anya úgylis jobban tudja, csinálja és megoldja. Ő maga pedig értéktelen és semmire sem képes.

Dániel analízise során gyakran átélhettem a traumatizáló szülő szerepét, akit bosszant, hogy analizált „gyermeke” nem azt teszi, amit ő mond, hiszen még mindig nem költözik el, és nem kezd önálló életet. Néha pedig enyhe formában azonosultam is a szülővel, amikor értetlenül álltam az előtt, hogy értelmes és cselekvőképes felnőtt férfi létére Dániel miért nem mer felhívni egy ingatlanost, vagy szülei nélkül miért képtelen megnézni egy eladó lakást.

Az imént idézett cikkében Betty Joseph hívja fel a figyelmet arra, hogy a felnőtt páciensek önsorsrontó magatartásának hátterében miként húzódik egy internalizált tárgykapcsolati konstelláció, amelyben a páciens tudattalanul örömét leli abban, hogy önmagát cselekvőképtelennek élheti meg. Ezáltal mintegy újrjátssza magában a hatalmaskodásában narcisztikusan kielégülő szülőt, és a hozzá fűződő, ambivalens, de az omnipotens védelem fantáziájával mindenképp felruházott viszonyt. Ez a szadomazochisztikus kettős öröm, a győzelem és a biztonságérzet öröme csak kiegészül azzal a győzelemmel és örömmel, amelyet a páciens akkor élhet át, amikor látja, hogy jelen élethelyzetében miként szenvednek a tehetetlenségtől azok, akik próbálnak, de nem tudnak neki segíteni – például az analitikusa. Ez az öröm bármennyire is önsorsrontó, bármikor előidézhető, azaz kontrollálható, és a szülőimágókhöz való kötődés fenntartásán keresztül a biztonság illúzióját kelti. Ezek miatt nehéz ezt a patológiás belső konstellációt megváltoztatni, azaz a páciens rávenni arra, hogy e káros, de kiszámítható örömszerzés helyett a jóval kiszámíthatatlanabb, a személyiségfejlődést mégis előmozdító, reális örömkérés irányába induljon el. Feltételezhető, hogy ez a szadomazochisztikus öröm-

keresés sok esetben hozzájárul ahhoz, hogy a trauma mint hatótényező fennmaradjon, azaz ne tudjon emlékké válni.

Az imént a trauma hatására kialakuló szadomazochisztikus örömszerzés tárgykapcsolati háttéréről beszéltünk. Még egyszer összefoglalva: az örömet okozza, hogy a traumatizált személy egyszer az agresszorral azonosulva átéli a cselekvőkészség örömét, másszor pedig a megalázott szelftel azonosulva átéli a kötődés biztonságát. Ezt a tárgykapcsolati konstellációt aztán reális kapcsolataiban is újraélheti, és környezetére nyomást gyakorolva valós – bár sokszor tudattalan – szadomazochisztikus kielégülésekhez juthat.

Érdeemes megemlítenünk azt a tapasztalattól távolabb eső elméletet, amely a szadomazochisztikus beállítódás végső magyarázatát az ösztönök működésére vezeti vissza. Ez kvázi megalapozza a fent leírt tárgykapcsolati konstellációt. E szerint a spekulatív hipotézis szerint a szadomazochisztikus kielégülés háttere az úgynevezett primer mazochizmus, amely a születés utáni néhány hónapot jellemzi, és amelyben az élet és halálösztön fúziója először nyilvánul meg. Ez a fúzió hivatott a csecsemőben munkálkodó halálösztön pusztító készleteit megszelídíteni (Bourdin, 2022). Szubjektív megélés szintjén ez azt jelenti, hogy a negatív érzésekbe, érzetekbe vagy tapasztalatokba egyfajta örömmérséklet keveredik, amely enyhíti a kezdetben még szinte teljesen feldolgozhatatlan rossz élményeket. Ennek hiányában – különösen ha súlyosabb rossz vagy trauma éri a kicsit – a halálösztön felerősödik, ami végzetes lehet. A primer mazochizmus tehát véd az ellen, hogy a természetes frusztráció élménye pusztítóan hasson a még védtelen lelki apparátusra. Ha azonban túl sok a korai életkorban átélt szenvedés, akkor a mazochisztikus beállítódást elhagyni nem lehet, és az örömmérséklet véglegesen társul a szenvedés élményéhez. Ez vezet későbbi életkorban a mazochisztikus örömszerzés primátusához, illetve a már említett szadomazochisztikus tárgykapcsolati konstellációhoz.

A személyiség egy része tehát mazochisztikus módon fixálódik a traumatikus múlthoz, és igyekszik az ebből fakadó örömmérsékletet konzerválni. Ez képezi a személyiség traumatizált részét, a traumatizált szelfet, amelytől az egészséges, fejlődni képes szelf igyekszik disszociáció segítségével minél jobban leválni, hogy az egészséges fejlődés, amennyire csak lehet, biztosítva legyen.

E szerint a modell szerint a későbbi életszakaszban megtapasztalt traumák patogén ereje azon múlik, hogy a gyermekkor mely szakaszában és milyen mértékben érte a személyt a trauma, azaz milyen mértékben kapcsolódik a szelf a szadomazochisztikus kielégüléshez, illetve milyen erővel kell ennek távoldítására a disszociációt működtetni. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a gyermekkori trauma alapvetően zavarja meg a lelki fejlődést – önszabályozást, énképet –, míg

a felnőttkori trauma regresszív irányba kényszeríti, és ezzel szétzilálja az alapvetően jól működő belső szabályozást, énképet.

Általánosságban a disszociatív védekezés a megterhelőnek érzékelt ingerrel szemben próbál bennünket védeni. Ezért azokban a pillanatokban, amikor a disszociáció intenzíven működik bennünk, az új tapasztalatok befogadására nem vagyunk nyitottak, lelki energiáinkat leköti a korábbi traumatikus tapasztalattól származó érzések szabályozása. A disszociatív működés a traumatizáltság jellegének és súlyosságának függvényében kiterjedhet a külvilág és saját magunk érzékelésére, érzéseink, testi állapotaink megélésére és viselkedésünk szabályozására is (Schore, 2012). Ezért a disszociatív működés megváltoztatása elengedhetetlen a tartós terápiás változáshoz.

A trauma során a mentális tartalmak és funkciók, azaz a szelf- és tárgyrepresentációk, valamint a szimbólumképzés torzul és pusztul. A pusztulás eredményeként a külső és a belső tapasztalások megkülönböztetésének képessége csökken. Ez magyarázza a traumatizált állapotban megélt, néha a paranoiditásig fokozódó érzékenységet, disszociatív és szomatiform tartalmakat, vagy a pszeudohallucináció jelenségét. Standard analitikus helyzet által kiváltott regresszióban ezek a tünetek sokszor jól megfigyelhető formában jelennek meg, és kiváltják az analitikus helyzetre korlátozódó realitásvesztést, az úgynevezett áttételi pszichózist.

Példa erre Gyula, a középkorú, sikeres mérnök, aki analizésének középső szakaszában, amikor nők iránti érdeklődéséről mesélt, reakcióimból azt olvasta ki, én elvárom tőle, hogy udvaroljon az illető hölgynek. Ez a fantázia határozott meggyőződéssé fokozódott benne, és több ülésen keresztül fennmaradt. Utólag ő is irracionálisnak érezte ezt a meggyőződést.

Gyula autóbalesetben veszítette el szüleit hároméves korában, és nagyanyja, aki attól fogva nevelte, sokáig tagadta a szülők halálát. Miközben Gyulának arról beszélt, hogy világkörüli útra mentek, a rokonokkal többször részletesen kitárgyalta veszteségét, és a nehézséget, amelyet ez a tragédia jelentett számára. Ezeknek a beszélgetéseknek sokszor Gyula is fültanúja volt. Ezzel kettős realitás épült fel lelkében: tudta, hogy árva, de közben mindig várta, hogy szülei egyszer majd visszatérnek. Nagyanyja, bár szerette, gyakran durván bánt vele, ha nem engedelmeskedett neki, vagy felbosszantotta, fakanállal verte, vagy napokig nem szólt hozzá. A gyermekkori bántalmazás és a szülők elvesztésének ambivalens tudata megalapozta Gyula realitáshoz fűződő képlékeny viszonyát, amely disszociált módon, életének érzelmileg jelentősebb területein jelentkezett a leginkább. Miközben szakmájában sikeres volt, magánélete romantikus fantáziákból, plátói szerelmekből és rendszeresen végzett maszturbációból állt. Alkalmanként hajnalig ült foteljében, cigarettázott és Wagner-t hallgatott. A traumatizált énrész disszociált

tehetetlensége és önpusztító keserősége uralta ilyenkor. Feltételezhetően ez a diszszociált énrész aktiválódott az analízis azon szakaszában, amikor Gyula először próbált saját fantáziavilágából kilépve a párkapcsolat irányába indulni. Az analitikus a vágyott, parancsoló és egyben tiltó apaimágót jeleníthette meg az áttételben.

Amikor a traumával analitikus megközelítésben dolgozunk, összetett munkát végzünk. Az áttételi helyzet lehetőségeihez alkalmazkodva egyszerre fáradunk a külső és a belső közötti lelki határ megerősítésén, a disszociatív védekezés mérséklésén, a szimbolizációs készség javításán, a belső tárgyvilág restaurálásán és a szadomazochisztikus ösztönkielégítési mechanizmus megváltoztatásán.

A lelki világ megjavítására – a reparációra – tett kísérlet azonban sosem vezethet teljes eredményre, mivel a megtörtént eseményeket meg nem törtéنتté tenni nem lehet. Épp ellenkezőleg, a mágikus meg nem törtéنتté tevésre való törekvés feladása, a megváltoztathatatlan elfogadása és az erre irányuló érzelmi gyázmunka megindulása jelzi, hogy a gyógyulási folyamat jó irányba halad.

Említettem, hogy a traumatizált állapotot hangsúlyosan jellemzi az ismétlési kényszer uralma. A páciens valamilyen formában újraéli a traumát. Az újraélést többek között az a tudattalan erő – vágy – hajtja, hogy ha az esemény újra és újra lejátszódik, akkor majd egyszer más lesz a kimenetel, és ezen keresztül az eredeti történet is meg nem törtéنتté tehető. Bár ez a vágy sosem teljesülhet, ha a mechanizmus érintetlenül marad, akkor újabb traumatikus élményekhez vezethet. A pszichoanalízis terápiás teret kínál arra, hogy az ismétlési kényszer által előhívott tartalmakat a páciens védett környezetben élhesse újra, és hogy ezen túlmenően, az analitikus aktív és reflektív részvétele által a szimbolizációs munka – a gyász, a megbocsátás, általánosságban a reparáció – folyamatai megindulhassanak. A trauma feldolgozása, azaz a reparációs munka az áttételben megjelenő traumatizált kapcsolatrendszer átdolgozásán keresztül zajlik.

A traumával folytatott munka jelentős érzelmi megterhelést jelent az analitikus számára, mivel a reparáció folyamatát csak az ismétlési kényszer felszámolásának hosszadalmas és fáradtságos munkájával lehet elindítani és működtetni. Ehhez a reparációt akadályozó intenzív érzéseket, leginkább a szegységet, a sértettséget és a haragot kell az áttételben a páciensnek újraélnie.

A folyamat során az analitikus szükségképpen és sokszor mintegy észrevétlenül sodródik bele a páciens által átélt érzelmi örvénybe. Miközben empaticusan és a páciens megértését segítve próbál a gyakran nehezen elviselhető érzelmi tartalmakhoz viszonyulni, folyamatosan csalódnia kell, hiszen rendszeresen érezheti, hogy legjobb szándéka és minden tudása ellenére sem sikerül a trauma megismétlődésének elejét vennie. A trauma a pácienssel folytatott kommunikáció során újra és újra megismétlődik. A páciens minduntalan megsértődik majd az analitikusra,

és haragudni fog rá. A folyamat szükségképpen eljut oda, hogy az analitikusban saját sérült belső tárgyai élednek újra oly módon, hogy ezeket a páciens éleszti fel, illetve testesíti meg. Az analitikus tehát nem pusztán rosszul érezi majd magát, hanem olyan érzései és gondolatai támadhatnak páciense iránt, amelyek tőle, terápiás és emberi beállítódásától idegenek. Mindez mutatja, hogy a terápia valóban zajlik, hiszen a páciens saját traumatikus tapasztalatait, illetve traumatizált énrészeit sikeresen közvetíti az analitikus felé (Bromberg, 2008).

Zsákutcába a terápia akkor jut, ha az abban keletkező intenzív érzéseket és gondolatokat nem sikerül az analitikusnak feldolgoznia, és ezáltal kénytelen átadni magát annak a folyamatnak, amelynek során saját, a páciens által aktivált sérült tárgyai rávetülnek a páciensre. Az analízis során egyébként szükségképpen megjelenő enactmentek ilyenkor feldolgozás nélkül maradnak, és egyre inkább meghatározzák a terápia realitását. Megtörténhet ekkor, hogy az analitikus azért fáradozik a páciens fejlődésén, hogy a saját belső állapota javuljon. A terápiás szerepek így könnyen felcserélődhetnek.

Azonban ha az analitikusnak sikerül saját viszontáttételét tudatosítania és átdolgoznia, saját belső tárgyai is reparálódnak, és ez elősegíti a terápia projektív-introjektív folyamatainak keresztül azt, hogy a páciensben is csökkenjenek a disszociatív, hasítós és projektív mechanizmusok. És bár nem tudjuk, milyen megszűrése juthatunk el a reparációs munkában egy pácienssel folytatott terápiánk során, sokszor be kell érünk részleges eredményekkel. Érzékeny és fájdalmas egyensúly ez, az analitikus munkába, a páciens gyógyulásra való képességébe vetett hit és a realitás korlátainak elfogadása között.

A helyzet nehézségéhez tartozik, hogy az analitikus által megszokott, értelmező beállítódás könnyen retraumatizáló lehet. Például fáradozásomat, hogy belátáshoz segítsen a tekintetben, hogy az általa elszenvedett trauma miként érthető meg sok tényező komplex együttállásából, a páciens úgy élheti majd meg, hogy nem értem meg őt, nem empatizálok a fájdalmával, vagy az agresszor pártját fogom, őt magát pedig hibáztatom. A szupportív beállítódás pedig, vagyis annak empatikus validálása, hogy ő egy áldozat, és az elkövető egyértelműen bűnös, önmagában még akkor sem segít a disszociáció, valamint az ebből származó projektumok integrálásában, azaz a tartós javulás elérésében, ha egyébként teljesen igaz.

A megoldás a már említett viszontáttételi munkán keresztül kínálkozik, amelynek során analitikusként átélem és tudatosítom, sőt néha enactment által meg is jelenítem a tehetetlenséget, a bűntudatot és a haragot. Utána azonban mindig visszatérek az értelmező magatartáshoz. Ezzel a projektumok a terápiás térben életre kelhetnek és lassan megszélidülhetnek. Ezzel szemben a viszontáttétel megélése, megjelenítése, tudatosítása és feldolgozása nélkül az értelmezés könnyen

válhat a páciens projektumai elleni védekezés eszközévé, mellyel mintegy érzelmi-
leg kivonom magam a helyzetből. Bár az ilyen, intervencióba öltöztetett acting out
alkalmanként kikerülhetetlen, ha tartóssá és reflektálatlanná válik, akkor a páci-
ens retraumatizációjához, illetve a terápia megrekedéséhez vezethet.

A pácienssel megélt nehéz érzelmi helyzetek sodrában az analitikus hi-
bázhat. Ez természetes. Ilyenkor fontos technikai elem, hogy az analitikus merje
felismerni, és ha szükséges, páciensének is elismerni a hibát. Lényeges azonban,
hogy hibájának vállalásában ne saját büntudatának csökkentése vezérelje, mert
az a korábban említett patológiás – és a páciens számára patogén – szerepcserre
terméke lenne, hanem a páciens igényét követve merje vállalni, hogy ő is csak em-
ber, tehát hibázhat. Ez fontos reparatív pillanat lehet a páciens számára. Egy ilyen
mozzanat a trauma elszenvedésének empatikus validációját jelenti az áttételben,
vagyis ez esetben „végre a bűnös vállalja tettét”, ami szintén lényeges eleme a trau-
ma feldolgozásának. Szimbolikus módon ilyenkor újrairódik a múlt tapasztalata,
nevezetesen az, hogy a páciensstől az elkövető valójában sosem kért bocsánatot.

Mint látható, terápiás és traumatizáló beavatkozás között a különbséget –
analitikus szempontból – sokszor a beállítódás nüanszai adják.

Az elmondottak illusztrálására egy standard analitikus eset összefoglalása
következik. A standard analízissel kezelt páciens traumája leginkább személyiség-
működéssé vált kötődési és kapcsolati traumának tekinthető.

Standard analitikus esetpélda

Szilvia magasan kvalifikált, teljesítménycentrikus üzletasszony, analízise kezde-
tekor 58 éves volt. Rossz hangulat és visszatérő indulatkitörések miatt keresett
terápiát.

Gyermekkorában szegény környezetben nevelkedett, ifjabb testvéreit is
gyakran neki kellett gondoznia, mert a szülők sokat dolgoztak. Gyermekkorát így
a gyermeki igények, később pedig a bontakozó női identitás teljes elfojtása jelle-
mezte. Sokáig úgy gondolta, egyedül fogja leélni életét. 31 éves korában történt vele
élete első és eddig utolsó beteljesült szerelme, amely rövid, boldog időszak után
több mint két évtizedes megpróbáltatáshalmazzá vált. A férje a házasság meg-
kötése után nem sokkal súlyosan megbetegedett, és Szilvia attól kezdve – saját
elmondása szerint – inkább volt lelki társ, támasz és – sok esetben – ápolónő, mint
feleség.

A páciens teherbírása, motivációja és problémájának jellege alapján meg-
ajánlottam a heti három találkozással, fekvő helyzetben zajló standard analízist,
amelyet elfogadott. A folyamat hat éven át tartott, és jelentős tüneti javulást, az
örömképesség növekedését, az önismeret mélyülését hozta a páciens számára.

Az analízis kezdeti szakaszában Szilvia sokszor érezte úgy, hogy cserben hagyom. Ő egy gödör mélyén vagy egy hideg tóban egyedül van, reszket és fél, míg én a parton állva nézem, és nem segítek. A visszatérő képet gyakran testérzetek kísérték, majd az ellenem irányuló indulatkitörések, sírás és kétségbeesés. Ebben az időszakban én is gyakran éreztem haragot, kétségbeesést és tehetetlenséget, de igyekeztem ezeket megélni és tudatosítva kitartani az értelmező beállítottság mellett. Ez gyakran csak további haragot szült, idő múltával viszont, lassan a páciens maga is elkezdte felismerni és megélni az összefüggést gyermekkori, sokszor sanyarú tapasztalatait és az analízisben megélt érzelmek és testérzetek között.

Az analízis harmadik évében a férj meghalt. A gyász aktív szakaszának lezárulásával indult az analízis második szakasza, amelyben a páciens intenzív vonzalmat kezdett megélni felém, azonban mindezt a szexuális tartalom teljes hiányával. A jelenséget ezért plátói áttételnek neveztem el. Ennek az időszaknak visszatérő kulcsmondata volt: „tragikus nő vagyok!”, ami alatt azt értette, hogy rossz férfiba (analitikus) szeretett bele. Másik jellemzője volt ennek az időszaknak visszatérő követelése, hogy foglaljak állást: ő nőként mennyire vonzó, mondván, erre azért van szüksége, mert apjától sosem kapott ilyen visszajelzést, és férje sem tekintett már rá nőként évtizedek óta. Következetesen értelmező magatartásomat, amelynek során szisztematikusan igyekeztem felmutatni a páciens kérdésének gyermekkori eredetét, illetve szembeállítani próbáltam őt plátói áttételének pszichotikus jellegével, elutasításnak élte meg. Ezzel mintegy tetőzött ősi drámája: a szeretet és nőiség teljes elutasítását élte újra az áttételi helyzetben.

A harmadik szakaszban a plátói áttétel átdolgozása zajlott az elutasítás enactmentjein és az ezekkel kapcsolatban megtapasztalt érzelmi küzdelmen keresztül. Feltételezhetjük, a páciens tapasztalata, hogy bár az analitikus megtartja szakmai pozícióját, mégsem hagyja magára a páciens, fontos eleme lehetett annak, hogy a rá vetülő igény lassan az emlékképekhez kapcsolódó csalódássá vált: mindig is vágyott az apjára, aki nem úgy szerette őt, ahogy az neki jó lett volna. Továbbá mindig vágyott volna teljes szexuális életre, ami – rövid időt leszámítva – nem adatott meg neki. „Defektes vagyok” – mondta ebben az időszakban gyakran, utalva szexuális életének teljes hiányára. Ezzel a „tragikus nő vagyok” kulcsmondat is új, kézzelfogható értelmet nyert: nem az analitikus elutasítása az igazán fájó, hiszen magánéletében nem is ismeri őt, hanem az a fájó, hogy akiket magánéletében valóban ismert, azok – sokszor önhibájukon kívül – nem úgy bántak vele, ahogy az neki jó lett volna. Igénye arra, hogy tökéletes legyen, bár szakmai életében gyakran kielégülést nyert, a magánéletben teljes kudarcba fulladt. Ez volt az indulat és a szégyen forrása.

Az egyik ülésen a terápia lezárását latolgatta. Ekkor a páciens és az analitikus párbeszéde a következő fantáziában jelenítette meg kettőjük viszonyának összetettségét:

- Attól félek, ha nem zárjuk le, és mindig látom magát, akkor mindig csak táplálom a fantáziámat. Ha már nem járok ide, akkor ennek vége lesz, és megszabadulok ettől az egészsztől.
- Lehet, de arra is kell gondolnunk, hogy ha ez a vágy ilyen erős, akkor ott marad vele egyedül. Amíg ide jár, van esélyünk, hogy segítsünk abban, hogy nagyobb békességre jusson.
- Tudja, olyan ez, mintha rossz anya lennék. Nem tudom a bennem levő csecsemőt jól megetetni. Mindig sír. És ezért jövök ide, hogy megnyugodjon.
- Tehát apa is kell, mert egyedül nehéz. De így nincs egyedül, apa segít megnyugtatni a kicsit.
- És látja, ez az én problémám, mert attól félek, hogy így rászoktatom magam arra, hogy van segítség itt, és ez olyan jó.
- Igen, hogy nem kell egyedül önmagát szidalmaznia, hogy milyen alkalmatlan, vagy érdektelen, vagy csúnya, vagy amikkel még szokta saját magát bántani.
- Igen, de pont ettől félek, hogy akkor végleg függő leszek magától.
- De eljöhét az idő, amikor a csecsemőből kisgyerek, a kisgyerekből pedig lány lesz, és akkor már nem kell megnyugtatni, sőt fel is nő, és már el is költözik hazulról, és akkor már nem kell a segítség.
- Igen, az agyammal tudom ezt, de a lelkem azt kérdezi, mi lesz akkor énvelem.
- Igaza van, elválni felnőttként sem könnyű. De más ez talán, mint magára hagyni egy síró gyereket az anyjával.

A párbeszéd szemlélteti, miként vált a páciens már ebben a szakaszban képessé arra, hogy az alkalmanként áttételi pszichózisban megnyilvánuló, konkrét meggyőződés szintjéről, amely korábban az analitikus iránti érzelmeit teljesen uralta, a szimbolikus „mintha” hangulatba lépjen, onnan pedig vissza. Ennek a készségnek a megjelenése jelezte számomra, hogy addig lehasítva, elszigetelten működő, traumatizált szelfrésze egyre inkább kapcsolatba került szelfjének egészséges, kreatív részeivel.

Az áttétellel folytatott munkában bontakozott ki az önmaga ellen irányított, de valójában férjével, korábban pedig apjával szemben érzett harag: egy távoli, elérhetetlen ideálnak kellett feláldoznia gyermeki, majd később felnőtt boldogságát. Abban a reményben teljesített jól, hogy egyszer majd szeretni fogják, de ez a pillanat nem jött el. Férje halálát követően ezeket a vágyakat is el kellett gyászolnia.

A plátói áttétel itt bemutatott jelenségét az áttétel makacssága és Szilvia elke-
sередésének mértéke miatt tekinthetjük áttételi pszichózisnak (Stein, 1993). Trau-
matizált páciensekkel folytatott munkánk során gyakran találkozunk az áttételnek
ezzel a fajtájával, amelyet az jellemez, hogy a neurotikus áttétel „mintha” jellege
rövidebb vagy hosszabb időre, enyhébb vagy a terápiás kereteket is veszélyeztető,
súlyosabb formában elvész. Ilyenkor az áttételi neurózist létrehozó énhásítás (Ster-
ba, 1934), amely a páciens megfigyelő énjét a terapeuta szövetségésévé teszi, a páci-
ens pszichotikus személyiségrésze hatására felszámolódik, és ezáltal a páciens
a terápiás „mintha” helyzet fantáziavilágát valóságnak éli meg. Mivel a személyiség
traumatizált része könnyen aktiválhatja a pszichotikus énrészt, és mivel valami-
lyen mértékű trauma a legkiegyensúlyozottabb ember lelkében is fellelhető, ezért
a pszichotikus énrésszel folytatott terápiás munka magától értetődően részét képe-
zi az analitikus „hétköznapiaknak”. Gondolatmenetünk természetes folytatásaként
tehát a pszichózisok pszichoanalitikus megközelítésével foglalkozunk a következő
fejezetben.

A pszichózisok pszichoanalitikus nézőpontból

Bár a pszichoanalízis legfőbb tapasztalati bázisát a magánpraxisba járó, azaz leg-
többször magasabb személyiség szerveződési szinten működő és aránylag jól funk-
cionáló páciensek adták és adják, a pszichotikus működés megértése a kezdetektől
fogva fontos részét képezi a pszichoanalitikus elméletalkotásnak. Ez a látszólagos
ellentmondás azzal magyarázható, hogy a legjobban funkcionáló személyiség mé-
lyebb rétegeiben is ott találjuk ugyanazokat a jelenségeket, amelyek arányvesz-
tett, domináns módon a pszichotikus pácienseket jellemzik. Másként fogalmazva:
egyértelműen nem pszichotikus emberek részéről is gyakran találkozhatunk olyan
jelenségekkel és megnyilvánulásokkal a hétköznapiakban és a pszichoanalitikus
munka során, amelyek pszichotikus természetűek, vagy amelyek magyarázatát
a pszichózis ismerete megkönnyíti. Továbbá az sem elhanyagolható szempont,
hogy a pszichoanalízis művelése során a pszichoanalitikus sokszor közel érezheti
maga saját személyisége irracionális, pszichotikus részéhez. Nem meglepő tehát,
hogy minden jelentősebb pszichoanalitikus iskolának van mondanivalója a psi-
chózisról (Harder & Rosenbaum, 2015).

Az utóbbi évtizedek számottevő fejlődést hoztak a súlyos pszichotikus ál-
lapotok neurobiológiai és neuroanatómiai megértésében, a farmakoterápia pedig
jelentős mértékben kitágította a kezelés lehetőségeit. Új kognitív és neurokognitív
pszichoterápiás módszerek segítik a pszichotikus betegek rehabilitációját (Kovács

& Váradi, 2012; Muth et al., 2015). Mindezek miatt is fontos körvonalazni a pszichoanalitikus megközelítés értékét a pszichózisok megértése és kezelése szempontjából. Az alábbiakban a diagnosztika, a patogenezis és a terápia mentén haladva csoportosítom, majd vázlatosan összefoglalom azokat az elméleteket, amelyeket a pszichózisok pszichoanalitikus megértése és kezelése szempontjából lényegesnek tartok.

Diagnosztikai szempontok

A kortárs pszichodinamikus diagnosztikai szemlélet a klinikai pszichiátria dimenzionális-spektrum modelljéhez áll közel (Lobo & Agius, 2012), amelyet a szkizofrénia vonatkozásában a DSM-5 III. részében található tünetlista jelenít meg. Ez a tünetlista közelebb hozza egymáshoz a pszichotikus zavarok affektív és nem affektív csoportját azáltal, hogy súlyosság szerint nyolc dimenziót javasol, amelyek között a szkizofreniform pszichózisok fő tünetei mellett (hallucináció, téveszme, dezorganizált beszéd, abnormális pszichomotoros viselkedés, negatív tünetek) ott találjuk az affektív pszichózisokat elsősorban jellemző depressziót és a mániát is. A nyolcadik dimenzió a kognitív romlás.

Pszichodinamikus nézőpontból kiegészítve a fenti tünetlistát Harder és Rosenbaum szerzőpáros (2015) további három kategóriát javasol: az érzelmi (*affect*) szabályozást, a mentalizációt és a kötődést. Továbbá felvetik annak lehetőségét, hogy az affektív és nem affektív jellegű pszichózisok valójában a szelf szétesésének különböző súlyosságú állapotait jelentik. A nem affektív jellegű pszichózisok találhatóak a spektrum súlyosabb végén.

A pszichózis megítélését illetően a diagnosztikával foglalkozó pszichodinamikus szakirodalom két részre osztható. Vannak szerzők, például Kernberg (1984) és McWilliams (2011), akik a pszichopatológiai jelenségeket a személyiség különböző súlyosságú szétesésére vezetik vissza. Így például a szkizofréniát a szkizoid személyiségtípus pszichotikus megnyilvánulásának tartják. Ez a szemlélet implikálja, hogy a pszichózisok a neurotikus és borderline állapotokban is működtetett empátiával beállítottással megközelíthetők.

Ezzel szemben a *Pszichodinamikus diagnosztikai kézikönyv* eddig megjelent két kiadása (PDM Task Force, 2006; Lingardi & McWilliams, 2017) egyértelműen elkülöníti a pszichotikus zavarokat a neurotikus-borderline spektrum zavaraitól. Ez azt jelenti, hogy a kernbergi (1984) neurotikus-borderline-pszichotikus triász helyére az egészséges-neurotikus-borderline szerveződés triászra kerül, a pszichotikus zavarok pedig ettől elkülönítve szerepelnek. Ez a megközelítés tükrözi a személyiség neurotikus és pszichotikus részének elkülönítésére nagy hangsúlyt fektető pszichoanalitikus elméleteket (Lucas, 2009), és összhangban áll a klinikai

pszichiátria azon törekvésével, amely a mentális zavarokat eredetük alapján biológiai-genetikai (endogén) és társas-pszichológiai (exogén, pszichogén) csoportra osztja.

A pszichoanalitikus szemlélet sajátossága, hogy igyekszik feltárni a pszichotikus páciens tüneteinek jelentését (Küchenhoff, 2018). Ez azonban csak akkor lehetséges, ha a klinikus képes valós emberi kapcsolatot kialakítani a pszichotikus pácienssel. Ez a szakmailag képzett, valós empátián alapuló beállítódás talán a pszichoanalízis legfontosabb hozzájárulása a pszichotikus zavarok diagnosztikájának gyakorlatához.

A pszichoanalitikus pszichiáter Hollós István (1927) klasszikus példáját nyújtja egy ilyen empatikus diagnosztikai folyamatnak, ahol egy hosszú idő óta kataton beteg tüneteinek értelme bontakozik ki az orvossal lassan kiépülő kapcsolat nyomán. Az esetleírás azért is figyelemre méltó, mert biztosan 1927 előtről származik, azaz egy olyan korszakból, amikor a pszichotikus betegek modern farmakoterápiája ismeretlen volt.

„Sok-sok esztendeje már észre sem vették. Mint értelmet vesztett emlékoszlop egy forgalmas út sarkán, itt egy helyben kövesedett. Ég felé fordult, mint egy napimádó. Homloka messze világított. Csupott szemhéja fényesen duzzadt. Összeszorított szája vékonyan ívelt szétálló füléig. Két csontos keze szétválaszthatatlanul imára kulcsoltan meredt fölfelé. Egy »összezárt« ember volt.

Jelentéktelenül és mégis titokzatos jelentőséggel meredt az égnek Cadavi. Cézárnak maga nevezte magát, amikor tébolydába került. Kórrajzában az utóbbi tizenöt év alatt alig állt valami. Mintha az orvosok, akik közül már annyi kidőlt, belefáradtak volna, hogy róla valamit följegyezzenek.

»Mozdulatlanul egy sarokban áll. Szemeit behunyja, nem beszél. Magában imádkozik, elbutult.« [...]

Ellenállhatatlan ösztön hajtott, hogy Cadavi lelkébe hatoljak. Az ápolónak minden délután pontban három órakor orvosi szobámba kellett hoznia őt. Ott tartottam egy óráig. Csak mozdulatlan állt. Szemét állandóan lehunyva tartotta. Erőszakkal sem lehetett leültetni. Feje ég felé fordult.

Éreztem, hogy a siker a kitarásomtól függ. Erre be is rendezkedtem. Miközben beszélgetni próbáltam vele, napi munkámat végeztem [...]

Már azt hittem, hogy minden fáradtságom hiábavaló lesz, amidőn egyszer ötletszerűen megkérdeztem:

– Kihez imádkozik? [...]

Hátrahökken, mintha megütöttem volna. Elhalványult. Szemhéjai remegni kezdtek. Vöröses pilláin kibuggyant egy könny... Kerestem egy szót... egy lágyhangú szót:

– Nézze, Cadavi... ne féljen... Beszéljen! Talán egy szenthez imádkozik?... Máriához?...

Tíz ujjá szétugrott. Arca sírósra fordult.

És egyszerre rám nyitotta szemét... Nem álltam e belém fúró szemeket. Megfogtam csontkemény ujjait [...]

Egy év múlva Cadavi beszélni kezdett... egyszer azt mondta:

– Történt valami hétezer évvel ezelőtt.

Máskor, hosszú idő múlva:

– Ötéves korban fordult meg az élet. Vissza kell menni.

Cadavi magáról harmadik személyben beszélt. A Legényke volt. Talán valószínűleg így becézték. Elmondotta, hogy Legényke csendes gyerek volt. Soha nem játszott... Jöttek az emlékek:

– Üvegfedelű folyosó. Piros oleander... Csúnya nő. Tartja Legénykét. Legénykére nevet... Anya szép, és karcsúra fűzi magát... Legényke szereti, jó szaga van... a csúnya nő?! A császár háreméből jött... Meg akarja csókolni legénykét... Legényke megüti. A csúnya nő meghal, de tovább nevet. Legényke apjának csúnya szakállal van... Ő a háremi császár... Legényke a háremi császárt is megüti. Az is meghal, de az is tovább nevet.

Utazás... A vonaton Legénykének pisilnie kell, anya a vonatablakon kitartja. Legénykének nagyon jó volt... Igen, apa?... Ordít anyával... apa eltűnt... Anya sír. Legényke simogatja... Apa nem jön többé vissza, mondja anya. Legényke nagyon örül... Legényke mindig anya ágyában. Két évig minden évben. Így marad Legényke Cézár... Minden éjjel megnyílik a fal... hegyek között törpe emberek, lovak és tehencskék... Aranykapun mennek aranypalotába... Legényke a Cézár és anya a császárné... Borzasztó sokáig jön anya... százszor kiáltja: Anya, édes anya, gyere már! ...Csúnya háremi sikoltás! Anya berohan, karján a háremi császárral.

Megjött apa, megjött apa!... Akkor látja Legényke, hogy anya megcsalta, ő is háremi. Legénykének ki kell menni az anya ágyából.

Ez történt hétezer évvel ezelőtt... Ez volt a csalódás, amelyből Cadavi nem gyógyult ki soha. Elfojtotta és elfelejtette... Senki sem sejtette, hogy örök szerelemmel-gyűlölettel fűződött Legényke az anyjához. E megakadásnak hosszú ideig nem volt semmi jele. Csak magába zárkózott lett, aki félt az éjszakától, a zörejektől. Szorongó álmai birkózásokat, földrengéseket hoztak...

Tanulmányait kitüntetéssel végezte. Aztán külföldre utazott... Berlinben megismerkedett egy lánnyal... És Cadavi szeretni akart, de nem tudott... A szegény

fiúnak csak vágya volt, amely arra volt jó, hogy megrezdítse anyjához kötöttségét és azzal egykori csalódását, kétségbeesését és gyűlöletét... mindent, amit azon a végzetes éjjelen magába temetett... Cadavi egy éjjel lakásán dühöngeni kezdett, barátnőjét összeszurkálta. Tébodyába szállították.

Erről az éjjelről Cadavi ennyit mond:

– Kék szeme, szőke haja volt, és Máriának hívták. Álruhában Legényke anyja, a háremi császárnő volt.

[...] Cadavi anyját valóban Máriának hívták. Egészen biztosra veszem, hogy szőke hajú és kék szemű volt... Cadavin a Sárga Házban, amint mondani szokás, kitért a vallási téboly... Elmebeteggé kellett lennie, hogy soha többé se igazi, se álruhás Máriával ne találkozzék.

Hiába!

Cadavi imádkozni kezdett. És az imák gépies suttogássá halkultak, s a szegény beteg ég felé merevülten egy égi császárnéval – akit Máriának hívnak, és akinek bizonyára szőke haja és kék szeme van – immár elválhatatlanul egyesült” (pp. 73–80).

Etiológia és patogenezis

A pszichotikus zavarok okainak meghatározásánál a pszichoanalitikus elméletalkotók három alapelvre támaszkodtak, amelyek az etiológiát egyoldalúan és tévesen a pszichológiai magyarázatok irányába vitték el (Willick, 2001). Ezek a következők: 1. minél súlyosabb a baj, annál korábbi a sérülés. 2. A viszontátételből a páciens múltjára következtethetünk 3. A gyermekmegfigyelések használhatók a patológia megértésére. Ezekre támaszkodva keletkezett az a hipotézis, amely szerint a szkizofrénia kialakulásánál az organicitás szerepe elhanyagolható, és a háttérben az én korai, a születést követő első vagy második éve során bekövetkezett sérülése áll, amelyet legfőképpen a szülő patogén magatartása okoz. Ezzel szemben az elmúlt évtizedek eredményeiből valószínűsíthető, hogy elsősorban biológiai – azaz genetikai, intrauterin és perinatális – okok játszanak közre a betegség kialakulásában. A pszichoanalitikus elméletek értéke elsősorban tehát nem abban rejlik, hogy ezek az elméletek a zavar kialakulásának valós okait tárják fel, hanem inkább abban, hogy a már kialakult zavar tüneteit a páciens tudattalan és általánosabb személyiségműködésével és élettörténetével kapcsolatba hozzák, ezáltal a sokszor teljesen érthetlent megmagyarázhatóvá, így a páciens és környezete számára elviselhetőbbé, a terapeuta számára pedig valamilyen mértékben kezelhetővé teszik. Az alábbiakban bemutatandó, pszichózisokat magyarázó elméleteket ezért inkább leíró jellegűnek kell tekintenünk, és metaforikusan kell értenünk. A legtöbb pszichoanalitikus elmélet a pszichózisok értelmezésénél a dominánsan nem affektív jellegű pszichózisokkal – elsősorban a szkizofréniával – foglalkozik. Ezért először

én is ezeket tekintem át, majd az affektív jellegű pszichotikus zavarokkal foglalkozó elméleteket foglalom össze.

A szkizofrénia kialakulásának pszichoanalitikus elméleteiben a regresszió, az agresszió és a deficit jelenik meg oki tényezőként. Tünetképződés szempontjából a regresszió és az agresszió elméletei a pszichotikus tünetet a pszichés dekompenzáció elleni védekezésékként, a regresszív és az integratív pszichológiai folyamatok egyfajta kompromisszumaként értelmezik, amelyben az elhárító mechanizmusok döntő szerepet játszanak. A deficitet középpontba állító elméletek pedig közelebb állnak ahhoz a felfogáshoz, amely a pszichotikus tünetek oki hátterének a közvetlen dezintegrációt tartja. Az elméletek sokszínűsége feltehetően azzal magyarázható, hogy vannak szkizofrén betegek, akiknek problémája inkább az egyik, míg más betegek problémája inkább a másik megközelítés segítségével értelmezhető (Böker et al., 2016).

A hangsúlyosan regressziós modellek (például Freud, 1911b; Abraham, 1908; Fairbairn, 1952; Guntrip, 1969) megegyeznek abban, hogy a szkizofrénia okát egy megoldatlan konfliktusban látják, amely regressziót vált ki. Ennek hatására a beteg önmagába teljesen visszahúzódik, és a saját testét, valamint a külvilágot leginkább saját fantáziakivetüléseként éli meg.

Sigmund Freud (1911ab, 1914, 1915) a pszichózisról több időtálló gondolatot fogalmazott meg (Küchenhoff, 2018; Lucas, 2009). Ezek az alábbi négy pontban foglalhatók össze: 1. Az incesztuózus fixációból származó szexuális konfliktusok szerepe a pszichózisok kialakulásában, amelyek hátterében az egyéni határokat nem tisztelő családi légkör és csábító szülői viselkedés fedezhető fel. 2. A páciens saját magába fordul, az ösztönpszichológia nyelvén fogalmazva, a libidó a tárgyakról az énbé, annak is ősi, testérzetek szintjén működő formájába, az úgynevezett test-énbe vonódik vissza. 3. A pozitív tüneteket projekció működteti, azaz a páciens saját fantáziái, testével és lelki működésével kapcsolatos zavart tapasztalatai képezik az alapját a hallucinációknak és a téveszméknek. 4. Végezetül, a szavak és fogalmak többnyire elvesztik szimbolikus jelentésüket. Ismét ösztönpszichológiai nyelven fogalmazva a libidómegszállás a tárgyak helyett a szavakra irányul, aminek következtében a szimbólum és a szimbolizált közötti viszony összezavarodik. Ez magyarázza a pszichotikus pácienseknél megfigyelhető bizarr konkretizáció és absztrakció együttes jelenlétét.

A pszichotikus állapotokban fellépő bizarr testérzetek értelmezésére Rosenfeld (1992) megkülönböztette a neurotikus testképet a pszichotikus testképtől. Az utóbbit jellemzi, hogy a szilárd testhatárok elmosódnak, és a páciens egyre inkább porózusnak éli meg a határait, testét pedig egyre inkább folyadékszerűnek. Rosenfeld szerint szilárd, neurotikus testképpel rendelkező embereknél is, például

trauma hatására, aktiválódhat a pszichotikus testkép. A pszichotikus testkép aktiválásával találkozhatunk továbbá addiktológiai betegeknel, akik a szerhasználat során megélt módosult tudatállapotban átélhetik testük elmosódottságát, belső fluiditását. Ha Rosenfeldet követve elfogadjuk, hogy a pszichotikus testkép – a paranoid-szkizoid pozíció mintájára – aktiválódhat, akkor ez a szemlélet értékes szempontokkal járulhat hozzá egyes súlyos, de nem pszichotikus szintű zavarok, például a hipochondria vagy az anorexia nervosa megértéséhez.

A kleiniánus megközelítésre jellemző az agresszió középpontba állítása. A modell fontos eleme még az a hipotézis, amely szerint az ember személyiségében két rész – egy pszichotikus és egy nem pszichotikus – folyamatosan aktív.

A pszichotikus rész projekció segítségével igyekszik megszabadulni a lelki fájdalomtól (Lucas, 2003a). Pszichózis esetén ezekből a projekciókból hallucinációk és téveszmék lesznek. A neurotikus rész alárendelt formában működik, és sokszor a racionalizáció és a tagadás segítségével elleplezi a pszichotikus részt (Küchenhoff, 2018).

Pszichózis esetén a pszichotikus rész válik dominánssá, és megnő a két rész közötti távolság (Bion, 1957). A folyamat háttérben a veleszületetten túl erős agresszió áll (Klein, 1946; Bion, 1956; Rosenfeld, 1963), amely megakadályozza a fejlődő individuumot abban, hogy az éréssel egyébként természetes módon zajló integrációs folyamatok maradéktalanul végbemenjenek. Az anya sem képes a gyermek projekcióit megfelelően tartalmazni (Rosenfeld, 1963). A túlzott agresszió szétzilálja a koherens mentális folyamatokat (Bion, 1959). A premorbid személyiség realitáshoz való alkalmazkodása csak látszólagos, későbbi frusztráció hatására a pszichotikus folyamat könnyen megindulhat.

A deficitmodell összhangba hozható a modern idegtudomány vonatkozó elméleteivel (Salone et al., 2016), amennyiben megmagyarázza, hogyan lehetséges, hogy bár a pszichózisokban felszínre kerülő probléma a szelf fejlődésének legkorábbi, preverbális szakaszaiban gyökerezik (Willick, 2001), csak jóval később okoz súlyos mentális zavart. A magyarázat szerint az önálló, koherens szelférzet egy magas rendű, integratív folyamat, amelynek kialakulásában és fenntartásában a legkülönbözőbb agyterületek összehangolt működésére van szükség. Mivel a késő serdülő-, illetve a kora felnőttkor a központi idegrendszer intenzív érési folyamatainak utolsó állomása, ezért a szelférzet megalapozatlansága, instabilitása leggyakrabban ekkor válik nyilvánvalóvá a szelf szétesésében, amely az induló pszichózist jellemzi. A szelf szétesése a mentalizáció specifikus zavaraként is felfogható, amelynek során a testtel kapcsolatos – *embodied* – mentalizáció zavarának következtében az énhatárok elmosódnak (Debbané et al., 2016).

Deficitmodellnek tarthatjuk Lacan megközelítését is, amely szerint a pszichotikus struktúrát a szimbolikus működés hiánya okozza (Küchenhoff, 2018). A szimbolikus működés feladata az lenne, hogy a realitás tapasztalatait értelmezhetővé tegye. Ennek hiányában az imaginárius (fantázia) működésre hárul a valóság értelmezhetővé tételének feladata, ami azonban csak egyre jobban eltávolít a valós tapasztalattól.

A szimbolikus működés deficitjét Lacan arra vezeti vissza, hogy a valóság pszichológiai egészség szempontjából lényeges mozzanatait a pszichotikus páciens lelki apparátusa nem képes befogadni, ezért ezeket kizárja. A kizárt témakörök a nemzéssel és a szexualitással kapcsolatosak. Az alábbiak tartoznak ide: a nemek kölcsönös, egymástól való függősége; a női nemi szerv alapvetően más, mint a férfi nemi szerv; az ősi legjobb tárgy az anyamell; a szülők coitusa az ős-teremtő aktus az egyén számára; az idő múlása és a halál elkerülhetetlensége. Ezeket a témákat lelkéből kizárva a pszichotikus páciens egy függőségektől és veszteségektől mentes, omnipotens, szexuális és generációs határokat nem ismerő, narcisztikus világba igyekszik elmenekülni a megélhető élet valós kihívásai elől.

Lacan elméletében a szimbolikus megjelenését az apa imágója – Lacan megfogalmazásában az apa neve – képviseli, ezért a pszichózis elindulása is akkor valószínű, amikor a személy egy új életszakaszba lépne. Ilyen lehet például a felnőtté válás, a házasság, a gyermek születése vagy a hivatással járó jelentősebb kihívások.

Robbins (2019) elmélete szerint az emberben a lelki működés kétféleképpen valósul meg: az ősi tudatműködés (*primordial consciousness*) és a reflektált, fogalmi gondolkodás (*reflective representational thought*) által. Az énhatárok megélését, az elfojtást és a lelki konfliktusok kialakulását csak a reflektált, fogalmi gondolkodás dominanciája teszi lehetővé. Ennek híján az ősi tudatosság vezeti a lelki életet, amely egyfajta határtalan érzés- és gondolatvilágot jelent. Egészséges megnyilvánulásaiban mindkét lelki működés adaptív, patológiás megnyilvánulásuk pedig minőségi különbséget jelez. A neurózis konfliktusalapú problémáival szemben a pszichózist az ősi tudatműködés torzult formája uralja, amely megakadályozza a reflektív gondolkodás és ezáltal a személyiség határainak kellő megerősödését.

A határok problémája egészen addig rejtve maradhat, míg a kultúra vagy a társadalmi helyzet az individuáció olyan fokára nem kényszeríti a személyt, amelyre az ősi tudatműködés dominanciája miatt emelkedni nem képes. Amíg ez a kényszer nem lép fel, addig a személy látszólag normalitásban és adaptívan képes környezetével együttműködni. Ezt a működést a hamis szelf teszi lehetővé, amely bár sok készséget működtethet, valójában védekező funkció, és ezáltal nem áll kapcsolatban a személyiség valódi vágyaival és igényeivel.

Az individuáció társadalmilag előírt lépéseit követve a pszichózis megnyilvánulhat az iskoláskor idején és a késői serdülőkor, korai felnőttkor szakaszában. Robbins a pszichózis enyhébb megnyilvánulásának tartja az érettebb felnőttkorban manifesztté váló, súlyosabb személyiségproblémákat is, amelyek háttérben a szeparációra és az individuációra való képtelenséget fedezhetjük fel. A spektrum tág. Idetartoznak a szociopátia, a narcisztikus és szkizoid személyiség, a függőség zavarai és a PTSD bizonyos formái. Ezeket Robbins összefoglalóan pszichotikus személyiségzavarnak nevezi.

A deficitmodellek közé sorolható még Matte-Blanco (1975, 1988) elmélete, amely a személyiséget egy olyan spektrum mentén írja le, ahol az egészséges–neurotikus tartomány a racionális logika túlsúlyát, a borderline–pszichotikus tartomány pedig az érzelmi logika dominanciáját jelenti. Pszichózis esetén a különböző tapasztalatokat elválasztani és mérlegelni képes, racionális logika nem elég erős, és átadja az irányítást a különbségeket elmosó érzelmi logikának. Matte-Blanco gondolatmenete szerint pszichózisról akkor beszélhetünk, ha a különbségek elmosódása a belső – fantázia- – világ és a külső – érzékszervek által közvetített – világ közötti különbséget is alapjaiban érinti. Ha a kül- és a belvilág közötti határ porózussá válik, akkor a fantáziák és testérzetek hallucinációkként és deluzív meggyőződésekként jelentkeznek.

Az affektív háttérű pszichózisok pszichoanalitikus értelmezése szerint a problémát az archaikus, mindenhatónak érzékelt résztárgyakkal történő azonosulás okozza, amelyek a depresszív pólus irányába ható, pusztító, vagy a mániás pólus irányába ható, irreális menekvés érzetét keltő formában jelentkeznek (Lucas, 2009).

Depresszió esetén az énműködést pusztító, primitív felettes én uralja a lelki működést (Küchenhoff, 2018). Ez esetben a pszichoterápiás kezelés azt célozza, hogy a pusztító ágensből egy érettebb, az énműködést segítő és fejlesztő felettes én fejlődjön. A depresszív páciensek tünetei jellemzően reggelenként erősebbek, mert akkor az őket sanyargató belső világ uralkodik. Napközben a külvilág tárgyai enyhítik a belső szenvedést. A primitív szuperego hatására az érzések elfojtásra kerülnek, és a testbe proiciálódva kellemetlen testérzeteket okozhatnak. Ezeket depresszív ekvivalenseknek nevezhetjük.

A mániás pólus lehet a depresszív tendenciák ellentétbe fordítása. Ilyenkor a személyiség pszichotikus része az elviselhetetlen frusztráció leküzdésére projekatív mechanizmusokat alkalmaz, és a projekció által keletkezett űrt egy minden tudó és mindenható belső anyafigurával azonosulva tölti be. Az is elképzelhető, hogy a depresszióban felhalmozódott frusztráció és harag mániában talál kiutat magának (Lucas, 2009).

Az affektív pszichózisok közé tartozik a gyermekágyi pszichózis, amelynek során az anyával szembeni, feldolgozatlan, de egyébként sikeresen elfojtott konfliktusok az anyává válás intenzív élményeinek hatására előtörnek. Mivel a fiatal anya nem képes megbirkózni a tudattalan mélyrétegeiből hirtelen feltámadó konfliktusokkal, ezért a konfliktusterhelt szülői szerep helyett a konfliktusterhelt gyermeki énjével azonosul. Ez az azonosulás, és az ezáltal újjáéledő élményvilág vezet a pszichotikus tünetekhez (Lucas, 2009).

Visszatérve a pszichózis kialakulásának okait általánosságban vizsgáló, fentebb bemutatott elméletekre, azt mondhatjuk, hogy ezek eltérő mértékben fektetnek hangsúlyt a környezeti, illetve a hozott oki tényezőkre. A hozott, alkati tényezőkre hangsúlyt fektető elméletek, mint láttuk, a veleszületetten túl erős agresszió szerepét emelik ki. Környezeti tényezők tárgyalásakor elsősorban a korai anya-gyermek kapcsolat, illetve a születéskori, vagy akár az intrauterin tapasztalatok kerülnek említésre.

Robbins (2019) például egyértelműen a korai anya-gyermek kötődési kapcsolat súlyos zavarában látja a pszichózis kialakulásának legfőbb okát. Winnicott (1974) a pszichoanalízis során, az áttételben-viszontáttételben megjelenő, racionálisan csak nehezen megközelíthető énállapotokból indul ki, és azokat hozza kapcsolatba a pszichózissal (Ogden, 2014). Szerinte a legsúlyosabb mentális állapotok a korai anya-gyermek kapcsolatban bekövetkező zavar okozta, kimondhatatlanul és elgondolhatatlanul erős szorongásnak – agóniának – az elhárításaként jönnek létre. Ezt a kapcsolati zavart az éretlen gyermeki szelf katasztrófaaként éli meg, és ennek a befogadhatatlan élménynek az elhárítására, mintegy az átélhetetlen megragadására jönnek létre a pszichotikus szintű tünetek.

A modern, biológiai eredményeket integráló teóriák a két nézőpont – hozott és szerzett – közelítéseként is felfoghatók, amennyiben a patogenezist egyfajta *circulus vitiosus*ként írják le, amelyben a vulnerabilitás biológiai tényezői az elégtelen, korai anya-gyermek kötődési kapcsolatban aktiválódnak és felerősödnek, vagy – ha a kapcsolat elég jó – semlegesítődnek. Ennek szellemében a neuropszichodinamikus pszichiátria képviselői a pszichotikus tünetképződés háttereként az elhárító mechanizmus fogalma helyett a parakonstrukció fogalmát javasolják (Böker et al., 2016). Abból indulnak ki, hogy a súlyos tünetek létrejöttében a pszichológiai folyamatok (elhárítások) mellett biológiai folyamatok is szerepet játszanak. A trauma által kiváltott elhárító mechanizmusok állandó interakcióban állnak a beteg szomatikus (genetikus, neurológiai) érzékenységével, és e két tényező – a pszichológiai és a szomatikus – interakciója együttesen okozza a tünetet. A szomatikus szint patogenezisben játszott döntő szerepe magyarázza, hogy pszichoterápiás kezelés

számára a beteg csak korlátozott mértékben érhető el, illetve hogy a farmakoterápia elsődleges szerepet játszik a kezelésben.

Ez az integratív szemlélet a pszichotikus páciensek kezelésének általános megközelítésében – mondhatnánk, hangulatában – játszhat fontos szerepet, amennyiben rámutat arra, hogy a pszichotikus tünet a páciens egyedi személyiségének terméke. Tehát nem valami zavaró és felszámolandó tényezőről, hanem a személyiség szétesés elleni védekezésének sajátos megnyilvánulásáról van szó. Egy ilyen elméleti háttérre támaszkodó terápiás szemlélet hozzájárulhat egy, a páciens személyiségét és megnyilvánulásainak egészét hiteles módon elfogadó légkör kialakításához. Ebben a légkörben nem kell attól félnie, hogy valami lényegit – például a személyiségét valamiképpen védő tünetet – akarnak elvenni tőle. A kezelést végző team pedig nem kerül abba a helyzetbe, hogy a páciens hálátlannak kelljen éreznie, amiért érthetetlen módon ellenáll a kezelésnek, mivel tüneteit nem akarja feladni. Az áttételi és viszontáttételi ellenállás ennek hatására jelentős mértékben csökkenhet.

A pszichotikus betegek pszichoterápiájának pszichoanalitikus szempontjai és lehetőségei

Előjáróban fontos beszélnünk arról, hogy pszichoanalitikus körökben is vitatott a kérdés, vajon van-e bármi haszna annak, ha szkizofrén betegeket valamilyen, pszichoanalitikus spektrumba tartozó terápiával próbálunk kezelni. Ennek oka egyrészt az, hogy a modern gyógyszeres kezelések és a tünetekre, a készségfejlesztésre, illetve a kognitív és társas funkciók romlásának megakadályozására fókuszáló terápiák egyértelműbb és költséghatékonyabb módon nyújtanak segítséget, másrészt pedig az, hogy rendelkezésre álló adatok alapján a pszichoanalitikus terápiák eredményei ebben a betegpopulációban meglehetősen ellentmondásosak.

Például Michels (2003) álláspontja szerint a pszichoanalízis leginkább olyan esetekben hatékony, amikor a problémák pszichológiai konfliktusból, illetve pszichológiailag megérthető tapasztalatokból származnak, és természetesen csak akkor, ha a páciensek képesek a kezelésben részt venni. Mivel szkizofrén páciensek esetében ezek a feltételek a legtöbbször nem teljesülnek, szkizofréniában a pszichoanalitikus jellegű terápiák a szerző szerint kontraindikáltak. Ezzel egybevág, hogy valójában nagyon kevés a dokumentált adat szkizofrén páciensek pszichoanalíziséről vagy pszichodinamikus terápiájáról. És bár vitathatatlan a pszichoanalízis hozzájárulása a pszichotikus betegek megértéséhez, empatikus kezeléséhez, ez a hozzájárulás nem specifikus, azaz nem több annál, mint amennyit a pszichoanalízis egyéb nehéz emberi helyzetek vagy súlyos betegségek – például a hajléktalanság és a rák – megértésében és empatikus kezelésében nyújthat.

Ezzel szemben Richard Lucas, aki pszichoanalitikus pszichiáterként évtizedeken át gyógyított pszichotikus betegeket, határozottan érvel amellett, hogy a pszichoanalitikus tudás nélkülözhetetlen, amennyiben a pszichotikus páciensek gondozását vagy terápiáját hatékonyan kívánjuk megvalósítani (2003ab, 2009). Szemben a rákkal és a hajléktalansággal, a pszichotikus pácienssel folytatott hatékony munka csak úgy valósulhat meg, ha a kezelést végző szakember képes felismerni, hogy a páciens személyiségének pszichotikus vagy neurotikus része aktív-e az éppen folyó kommunikációban. Ha a pszichotikus rész aktív, akkor át kell hangolódunk a „pszichotikus hullámhosszra”, azaz tudatosítanunk kell, hogy a normál, a neurotikus és a borderline mentális működéstől, azaz a hétköznapi gondolatmenettől és érzelmi beállítódástól radikálisan eltérő gondolkodás- és érzésvilággal léptünk kapcsolatba, amelyet szokatlan érzékenység, asszociatív és disszociatív folyamatok, váratlan konkretizációk és szimbolizációk uralnak. A személyiség egésze pedig destruktív lelki folyamatok által szabdalt. Ösztönpszichológiai fogalmakkal élve, a személyiség pszichotikus részében a libidó a halálösztönnek van alávetve (Küchenhoff, 2018).

A személyiség intenzíven működő pszichotikus és neurotikus része közötti komplex kapcsolatra példa, amikor az egyik rész látszólagos dominanciája a másik – adott helyzetben valójában domináns – rész elfedését célozza (Küchenhoff, 2018). A kórházi kezelés lezárását mérlegelve például különösen figyelni kell arra, nehogy a páciens személyiségének neurotikus része elmaszkolja a még intenzíven működő pszichotikus részt. Mert ilyen esetben az elbocsátás után, az első élethelyzeti stresszor megjelenésekor bekövetkezik a relapszus. A pszichotikus rész is elfedheti a neurotikusat, például amikor a páciens pszichotikus tünetekbe menekül azért, hogy ne kelljen szembenéznie a betegsége miatt reálisan megélt veszteségekkel. Például amikor egy magasan kvalifikált szkizofrén páciens szembesült azzal, hogy nem tud visszakerülni az egyetemi oktatásba, pszichotikus tünetek jelentkeztek: agitáltan mászkálni kezdett, és fennhangon hadarva arról beszélt, hogy származása miatt ki fogják végezni.

A dominánsan pszichotikus működés felismerése azért is nehéz, mert úgy tűnik, a leggyakoribb pszichotikus tünet a belátás hiánya, amely a betegek 97 százalékánál fennáll. A téveszme (64 százalék) és az akusztikus hallucináció (74 százalék) gyakoriságban csak ezután következik (Lucas, 2009). A pszichotikus páciens tehát a tagadás és a racionalizáció elhárításait különösen nagy erővel működteti, és ezáltal a klinikus könnyen tévedhet a valós állapotát illetően. Ráadásul az intenzív tagadás és racionalizáció a viszontáttételen keresztül az analitikust is hajlamosítja arra, hogy a páciens pszichózisát tagadja, illetve hogy enyhébb zavarnak lássa.

A pszichoanalitikust sajátos képzettsége azonban segítheti abban, hogy a viszontátvételi nyomást felismerve a páciens patológiáját reálisan mérlegelni tudja, és hogy elfogadó-empatikus kíváncsisággal kezelje azokat a viszontátvételi mozzanatokot – például a tagadást –, amelyek a pszichotikus pácienssel folytatott munkája során saját személyiségének pszichotikus részéből származnak (Küchenhoff, 2018). Ezáltal válhat képessé az analitikus arra, hogy a páciens másságát ne csak tünetként, hanem kapcsolati sajátosságként és életmód-szabályozó mozzanatként közelítse meg.

Pszichózis esetén különösen fontos elfogadnunk a terápia korlátait mind a gyógyulás esélyeit, mind a terápia vezetését illetően (Küchenhoff, 2018). A teljes gyógyulás ideálja helyett sokszor realisabb célkitűzésnek látszik a páciens készségeinek és lehetőségeinek fejlesztése. Ennek azonban nem szabad azt eredményeznie, hogy a terapeuta saját narcisztikus igényeinek kielégítetlensége miatt vagy bármely más okból lemond a páciensről. A terapeutának továbbá azt is el kell fogadnia, hogy az egyéni pszichoterápia pszichózis esetén csak egy része a komplex bio-pszicho-szociális kezelési tervnek.

A terápiás indikációt több tényező is döntően befolyásolja. Például a pszichózisok etiológiájának, tünettanáának és lefolyásának komplex sokszínűsége (Böker et al., 2016), a személyiség külső és belső erőforrásai, továbbá hogy a páciens mióta küzd a problémával, végezetül még az is, hogy a pszichózisnak mely szakasza zajlik éppen (Gabbard, 2016). Ennek megfelelően Lucas (2009) egyedi esetre kidolgozott, komplex megközelítést javasol, amelyben különböző hangsúllyal szerepelnek a biomedikális és pszichoszociális intervenciók, az utóbbin belül pedig az egyéni, a család-, a csoportterápiás és a rehabilitációs eljárások. Ez az elképzelés csak abban különbözik egy progresszív felfogású, bio-pszicho-szociális szemléletű pszichiátriai kezelési modelltől, hogy a terv kidolgozásában a pszichoanalitikus konzultáns szupervízornak fontos szerep jut. Lucas (2003a) meglátása szerint egyfajta gondoskodó közeget – exoskeleton – kell építenünk a páciens köré, amelynek gerincét az empatikus értelmező pszichoanalitikus szemlélet nyújtja. Ez leginkább azzal indokolható, hogy a pszichotikus pácienssel folytatott munka a kezelő személyzetre szokatlan terhet ró, amelyet elviselni, továbbá a viszontátvételi jelenségeket tartalmazni és terápiásan hasznosítani pszichoanalitikus-képzettség nélkül nagyon nehéz, vagy talán nem is lehetséges.

Ha a kezelési tervben pszichodinamikus szemléletű terápia indikálható, akkor a pszichoterápia és a gyógyszeres kezelés együttes alkalmazása kétféleképpen, kombinált vagy megosztott módon történhet. Bár vannak, akik szerint a legjobb választás a kombinált vagy integrált kezelés, azaz amikor a gyógyszeres és a pszichoterápiás munkát ugyanaz a szakember végzi (Böker et al., 2016), a hétköznapi

realitása az esetek nagy részében inkább a gyógyszeres és pszichoterápiás feladatok megosztása, az úgynevezett megosztott vagy hasított kezelés irányába viszi a kezelési tervet (Kahn, 1991).

A megosztott kezelés új terápiás lehetőséget is eredményezhet. Ezt tapasztaltam például Ibolya esetében, aki szülei iránti intenzív érzéseinek egy részét csak úgy volt képes a terápiában megjeleníteni, hogy a terápia egy szakaszában a gyógyszerelést végző orvos iránt pszichotikus szintű áttételi szerelmet élt át. Feltételezem, hogy terápiájának ebben a szakaszában Ibolya csak így volt képes bizonyos, számára nehezen befogadható lelki tartalmakat először megtapasztalni. Nemcsak saját magát, hanem pszichoterápiáját is védte ezzel a lehasított áttételi résszel. Azáltal, hogy azokkal az érzésekkel és fantáziákkal foglalkoztunk, amelyek benne az orvos iránt megjelentek, hozzáférhetővé váltak olyan lelki tartalmak és emlékek, amelyeket, erejükénél fogva, egy áttételi kapcsolat nem tudott volna megtartani. Az idő előrehaladtával egyre inkább képessé váltunk Ibolyával arra, hogy az áttétel darabjait értelmezésen keresztül a pszichoterápiában egyesítsük.

A pszichoanalitikus szemlélet egybevág az általános klinikai tapasztalattal, amely szerint minél korábban tudjuk elkezdni a kezelést, azaz esetünkben a pszichotikus dinamika megértésének és integrálásának munkáját, annál nagyobb a gyógyulás esélye (Bollas, 2016; Küchenhoff, 2018). David Rosenfeld (1992, p. 283) szerint: „[...] ha sikerül az akut pszichózist korán elkezdenünk gyógyszeres kezelést és/vagy hospitalizációt is integrálva pszichoanalízissel kezelni, akkor olyan diagnózisokat és patológiás folyamatokat változtathatunk meg, amelyek különben krónikus, visszafordíthatatlan szkizofréniává fejlődnének.” De bármikor kezdődjék is a pszichoanalitikus munka, a megértésnek vissza kell nyúlnia a prepszichotikus (prodromális) krízis feltárására és élettörténeti kontextusba helyezésére.

A szkizofrén betegekkel pszichoanalitikus szemléletben folyó terápiás munka történhet standard analízissel, a pszichodinamikus spektrum egyéb modalitásaival vagy mentalizációs terápiával.

A szupportív pszichodinamikus terápiás beállítódás realitásorientált és könnyen strukturálható, ezért jól illeszthető a betegségfolyás különböző állomásaihoz érkező betegek igényeihez és a komplex kezelési terv elvárásaihoz (Rosenbaum et al., 2013).

A mentalizációs terápia (MBT) (Brent, 2009; Debbané et al., 2016) alkalmazása a pszichózisokra még inkább kísérleti stádiumban van. Alkalmazása során a realitásorientált intervenciók intrapszichés és interperszonális készségek fejlesztésével ötvözhető, ami jelentősen hozzájárulhat a páciensek szociális készségeinek javulásához (Weijers et al., 2020).

Robbins (2019) szemtől szemben zajló pszichodinamikus pszichoterápiát javasol. Ezáltal a fekvő helyzetben könnyebben kialakuló regresszió elkerülhető, egyben a természetes interakció és szemkontaktus révén könnyebben alakulhat ki páciens és terapeuta között a valós kötődés. Erre azért van szükség, mert a pszichotikus páciensekkel folytatott terápia legfőbb célja az, hogy a korai kapcsolat zavarának rekonstruálása által a szeparáció individuáció folyamatát elősegítsük. Erre a terápia során felmerülő emléknymok mellett az áttételben kialakuló valós kapcsolat ad lehetőséget. A kapcsolati zavar feltárásán keresztül lehetőség nyílik a töredezett szelf rekonstruálására, és ezáltal az énhatárok megszilárdítására, amely a reflektív gondolkodást, az egyre önállóbb érzésvilágot és életvitelt lehetővé teheti.

A standard analitikus terápia történeti összefoglalásaként érdemes Herbert Rosenfeldet (1987) idézni: „Freud pesszimizmusát követően, amely pesszimizmus abból fakadt, hogy Freud nem hitt abban, hogy a pszichotikus páciens képes áttéttel kialakítani, a pszichotikusok kezelésének két fő iránya bontakozott ki. Egyesek úgy vélték, hogy a pszichotikus páciensek narcizmusa csak akkor nem jelent akadályt az analízissel szemben, ha az analitikus változtat a megszokott analitikus beállítódásán. Azok az analitikusok, akik úgy vélték, hogy a pszichotikus páciens narcizmusa a környezet hiányosságai okozták, arra törekedtek, hogy a páciens számára egy új és jobb anyaként legyenek jelen, pótolva a korai környezet hiányosságait. [...] Az analitikusok másik csoportja a páciens narcisztikus és egyéb pszichotikus megnyilvánulásainak kezelésére csak kisebb változtatásokat eszközölt a hagyományos pszichoanalitikus megközelítésben. [...] Segal, Bion és Rosenfeld hangsúlyozták, hogy az analitikus attitűd szempontjából egyáltalán nem, az analitikus technika szempontjából pedig csak kisebb mértékben van szükség változtatásra, és hogy a pszichotikus jelenségek az áttételhez kapcsolódnak, amelyet – úgy negatív, mint pozitív megnyilvánulás esetén – értelmezhetünk a páciensnek. A szkizofrén páciensek súlyos gondolkodási és nyelvi zavarait pedig szinte kizárólag értelmezésekkel kezelték, és úgy vélték, hogy ezek részét képezik a hibásan működő pszichotikus én külső és belső realitással és tárgyakkal megélt, zavart kapcsolatainak. A pszichózisok kezelésének fejlődése az elmúlt ötven évben arra enged következtetni, hogy Freud reménye, hogy egyszer a pszichózisok kezelése valamilyen formában megvalósulhat, mára valósággá vált” (pp. 310–311).

Rosenfeld optimizmusát a pszichózisok pszichoanalitikus kezelését illetően az utóbbi évtizedek nem igazolták vissza. Érdemes Gabbardot (2014, p. 186) idézni: „Bár a szkizofrénia pszichoanalitikusan orientált egyéni pszichoterápiája gazdag klinikai hagyományra tekinthet vissza, az empirikus adatok még adósak annak

bizonyításával, hogy az átlagos szkizofréniás betegnek valóban hasznára válik az ilyen erőfeszítés.”

A szakirodalomban vitatott, hogy valójában mennyire is voltak sikeresek a pszichotikus páciensekkel folytatott pszichoanalitikus kezelések, illetve hogy egyáltalán mennyire folytak ilyen kezelések. Willick (2001) szerint például a brit tárgykapcsolati szerzők közül egyedül Rosenfeld dolgozott pszichotikus páciensekkel; a többiek, amikor írásaikban pszichózisra hivatkoznak, példákat valójában borderline szintű patológiával folytatott terápiás munkákból hoznak. Lucas (2003b) ezzel szemben azt állítja, hogy Bion dolgozott szkizofrén páciensekkel analitikus módon.

Dokumentáltan amerikai interperszonális irányzathoz tartozó pszichiáterek kezeltek pszichotikus pácienseket analitikus szemlélettel, kórházi körülmények között, a marylandbeli Rockville-ben működő Chestnut Lodge szanatóriumban, az 1930-as évek közepétől. Kezdetben Frieda Fromm-Reichman vezette a pszichoanalitikusokat. Később a pszichózis pszichoanalitikus kezelésének kiemelkedő alakja, Harold Searls is része volt a stábnak. Szkizofrén páciensek heti négy alkalommal kaptak ötvenperces pszichoterápiát. 446 páciens átlagban tizenöt évig tartó utánkövetéses vizsgálatának eredményeként azt találták, hogy a kezelésben részesült szkizofrén páciensek kétharmada csak részben vagy még annyira sem funkcionált, szemben az affektív pszichotikus vagy borderline páciensekkel, akiknél ez az arány egyharmad.

Ugyanakkor Searles (1965) ennél jobb terápiás eredményről számol be. Összesen 18 szkizofrén pácienszt kezelte pszichoterápiásan, 6-ot heti négy alkalommal ötven percben, 14 éven keresztül. A 18 páciens kezelése 3 hónap – 14 év, illetve 40 és 2650 terápiás óra között mozgott. Searles becslése szerint 13 páciens kiválóan javult, bár heten még további kórházi kezelésre szorultak. A többiek közül egy jelentős mértékben javult, kettő kevésbé, egy nem változott, egy pedig öngyilkosságot követett el. Két páciens rendszeresen használta az analitikus díványt, ketten legtöbbször, három a terápiás idő tört részében, tizenegyen pedig soha.

Manapság a standard analízis alkalmazása pszichózisok esetén ritkaságszámba megy. Túlságosan nagy befektetést kíván terapeutától és páciensből egyaránt, különösen, ha a költséghatékonyság szempontjait tartjuk elsődlegesnek.

Mindezek miatt figyelemre méltó Christopher Bollas 2016-ban megjelent, személyes hangvételű könyve, a *When the Sun Bursts: the Enigma of Schizophrenia*, amelyben évtizedekig tartó terapeutai múltjára visszatekintve több sikeres standard analízisről is beszámol szkizofrén páciensek esetében. Két lényeges szempontot emel ki: egyrészt hogy a terápiát intenzív pszichoszociális stábmunka kísérje, amelyben a gyógyszeres kezelés lehet fontos, de nem az az elsődleges. Másrészt

igen lényeges, hogy az intenzív pszichoterápia a pszichózis kialakulásának minél korábbi stádiumában elinduljon. A pszichotikus páciens betegsége a legnagyobb társas elszigetelődést jelentheti. Ha tehát a szakember intenzív pszichoterápiával nem ellensúlyoz, akkor a beteg végleg bezárulhat. Pusztá gyógyszereléssel vagy azt kiegészítő alacsony frekvenciájú pszichoterápiával kísért második, harmadik epizód után a beteg már valóban alkalmatlanná válik a mélyebb emberi kapcsolatra, amit egy intenzív pszichoterápia jelent. A pszichotikus páciens tragédiája – írja Bollas – épp az, hogy miközben épp ő szorul rá a legintenzívebb emberi kapcsolatra, betegségének természete elidegeníti az embereket, a szakembereket is, és a beteg magára maradvá menthetetlenül bezárul.

Zárógondolatok

Már idézett könyvében Bollas a következőképpen fogalmaz: „[...] szkizofrén pácienssel dolgozni annyit jelent, hogy annak rejtélyét tanulmányozzuk, hogy mit tesz embernek lenni [...]” (p. 2).

Ennek a mondatnak az értelmét a pszichoanalitikus pszichopatológia szempontjából Fairbairn gondolatai teszik érthetővé (Guntrip, 1969). Az ő felfogásában még a legenyhébb patológiás lelki működés hátterében is destruktív, orális készletések állnak, amelyek a személyiség szkizoid működésmódjának részei. A neurózis csak látszat, a személyiségnek valójában kétféle szervezetsége létezik, vagy szkizoid – azaz pszichotikus –, vagy egészséges. Miként arra Guntrip (1969) rámutatott, Fairbairn ezzel épp a feje tetejére állította a freudi pszichopatológiai szemléletet, amely a pszichotikus működést is a neurotikus működésből vezeti le.

Amennyiben elfogadjuk azt az elméletet, hogy a lelki működés mélyebb rétegeit az jellemzi, amit kóros megjelenési formájában pszichózisnak nevezünk, akkor érthetőbbé válik a csoportfolyamatokban megnyilvánuló regresszív erő, amely aránylag magasan funkcionáló emberekből is képes hosszabb-rövidebb időre súlyos realitásvesztésről árulkodó cselekedeteket kiváltani. A pszichózis azonban nemcsak destruktív erőként nyilvánulhat meg, hanem sokszor állhat a kreativitás szolgálatában.

A pszichoanalitikus szerzők törekvése, hogy a pszichózist pszichológiailag értelmezzék és pszichoterápiásan kezeljék, azt az üzenetet hordozza, hogy a pszichotikus beteg tapasztalata természetes emberi tapasztalat, azaz megérthető és empatikusan megközelíthető. A pszichotikus tapasztalat megértésre és megközelítésre méltó, hiszen ha a pszichotikus élményvilágot megértjük, akkor sokkal jobban megértjük majd az emberi viselkedést is általában, és ezáltal új lehetőségek nyílhatnak a csoportszinten megnyilvánuló zavarok és a társadalmi patológiák megértése és kezelése számára is.

Az idegtudomány találkozása a pszichoanalízissel

Bevezetés

A Covid-járvány előtti időszak legjelentősebb vitája a pszichoanalitikus szakmán belül a neuropszichoanalízisről folyt. A neuropszichoanalízis irányzatának megalakítói számára a pszichoanalízisnek integrálnia kell a modern idegtudomány eredményeit elméletileg és a terápiás gyakorlat szempontjából egyaránt. Az ellenzők szerint egy ilyen integrációs kísérlet alapjaiban hamisítja meg a pszichoanalízist.

A második rész első fejezetében összefoglalom a vitát, bemutatom a különböző álláspontok előnyeit és hátrányait. A második fejezetben az álmodásra vonatkozó különböző, metapszichológiai és kutatási empiriából származó elméleteket mutatom be. Az álommunka a pszichoanalitikus elméletalkotás egyik kiindulópontja volt, az álomfejtés terápiás alkalmazása pedig nagyon sokáig központi helyet foglalt el. Éppen ezért jelentős a pszichoanalízis számára az empirikus álomkutatásban lezajlott vita. A fejezetben összefoglalom a vitát, és bemutatom, hogy az annak lezárulását követő új konszenzus miként konvergál a pszichoanalitikus szemlélettel.

A neuropszichoanalízis-vita⁹

A biológia és az idegtudomány fejlődése azzal kecsegtet, hogy a szubjektíven megélt lelki valóság is egyre inkább megragadhatóvá válik azon fogalmi keretek között, és befolyásolhatóvá azon eszközök segítségével, amelyeket ezek a diszciplínák használnak. Ez szorongást válthat ki a klinikai pszichológia és pszichoterápia művelőiből. Miként azt egy klinikai mesterképzésre járó pszichológushallgató megfogalmazta: „Sokszor zavarban vagyok, amikor orvostanhallgató barátaimmal szakmai kérdésekről beszélgetünk. Az a visszatérő érzésem, hogy mi, pszichológusok itt valami olyasmit tanulunk, ami haldoklik, idejét múlta, míg az orvostudomány dinamikusán fejlődik. Néhány száz év múlva, vagy talán már jóval hamarabb is, mindaz, amiről mi itt komplex lelki folyamatok címén beszélünk, kémiai folyamatokként értelmeződik majd, és egyszerűen tablettákkal befolyásolhatóvá válik.”

Az új tudományos fejlődésre válaszul jött létre a neuropszichoanalízis. A pszichoanalízisnek ez az ága – miként az a nevéből is következik – közvetítő szerepre vállalkozik a pszichoanalízis és az idegtudomány között, amennyiben az utóbbi eredményeit az előbbi fogalmaival igyekszik megfeleltetni, és a pszichoanalitikus változás folyamatait az idegtudomány fogalmaival is igyekszik leírni, illetve annak vizsgálati módszereivel is igazolni. Lényegéből fakad tehát, hogy nem csak pszichoanalitikus fogalmakat és módszereket használ, és ezért nem meglepő, hogy heves vitát vált ki a pszichoanalitikusok körében annak megítélése, vajon a pszichoanalízis számára hasznos vagy inkább haszontalan, sőt káros fejlődési irányról van-e szó.

A vita háttere

Sigmund Freud kutatóorvosként kezdte karrierjét, természettudományos és biológiai beállítottságát alapvetően sosem adta fel (Jones, 1953; Sulloway, 1979). Elméleti szempontból azonban a pszichoanalízis az egészséges és kóros lelki jelenségek magyarázatára egy új elméleti nyelvet, illetve fogalmi rendszert használ: a metapszichológiát. Freud írásai többek között épp attól inspiratívok, hogy a biologizáló, néha kicsit reduktív gondolkodásmód és az összetett metapszichológiai elemzés egymást áthatva vagy épp egymást váltva jelenik meg egy adott jelenség értelmezése kapcsán.

9 A fejezet korábban cikk formájában megjelent: Neuropszichoanalízis: érvek és ellenérvek. *Pszichoterápia*, 2016, 25(4), 319–328. A jelenlegi változatban apró módosításokat eszközöltem.

Az először Freud által megfogalmazott és azóta is folyamatosan változó pszichoanalitikus metapszichológia empirikus megalapozottságú, azonban a pszichoanalitikus klinikai empiria, amelyre alapul, nagyban különbözik más, kutatási vagy akár klinikai megfigyelésekre alapozó empiriáktól. A különbség leginkább két tényezőben ragadható meg: egyrészt a klinikai munka maga jelenti a megfigyelési helyzetet, míg az adatgyűjtés a terápiás folyamatban valósul meg. A pszichoanalitikus kutatás és terápia ezen együtt járását Freud (1927) *Junktim*nek nevezte.¹⁰ Másrészt a pszichoanalitikus-kutató személyiségével bevonódottan vesz részt ebben a sajátos kutatási és egyben gyógyító folyamatban. A pszichoanalitikus kutató szubjektivitása tehát nemhogy nem kiküszöbölendő, hanem a páciens belső világa, vagyis a metapszichológiai elméletek felállítása szempontjából kulcsfontosságú mozzanat. Ez a viszonttáttétel tudatos használatát jelenti a páciens belső világának megértése érdekében. A pszichoanalitikus-kutató empatikus azonosulásán keresztül képes mentális reprezentációt felállítani a páciens szubjektív, sokszor tudattalanul működő belső világáról. Erre való képességét pszichoanalitikus-képzése során nyeri el, ahol közvetlenül megtapasztalja, miként működik saját szubjektív világa, ha egy másik személy szubjektív megéléseivel intenzív kapcsolatba lép. A saját élményben ez a tapasztalat csak spontán módon és részlegesen kerül tudatos átdolgozásra, a szupervízióban pedig – ahol a jövőző analitikus saját páciensével kapcsolatos élményeiről rendszeresen beszámol – jóval nagyobb hangsúly esik a tudatos szintű átdolgozásra. Képzése során a leendő pszichoanalitikus a viszonttáttétellel való munka elsajátítása által a pszichoanalitikus terápiás karrierre való felkészítés mellett egyben a pszichoanalízisre vonatkozó, *Junktim*-típusú kutatásokhoz is elsajátítja az alapokat.

A pszichoanalízis szubjektív kutatói beállítódásával szemben mind az akadémiai pszichológia, mind ennek témánk szempontjából releváns, interdiszciplináris hajtása, az idegtudomány a pozitívista természettudomány hagyományos útjait járja. E szerint a szemlélet szerint a megfigyelés tárgyát képező lelki jelenségeket a megfigyelőtől független objektumnak kell tekinteni, ezt az objektumot kontrollált módon megfigyelhető és minél inkább kvantifikálható egységekre bontva kell vizsgálni. Az adatgyűjtés tehát önálló, leginkább csak a kutatás céljait szolgáló folyamat, a megfigyelő szubjektivitása pedig teljes mértékben kiküszöbölendő.

Röviden tehát a következőképpen foglalhatjuk össze a leglényegesebb különbséget a hagyományos pszichoanalitikus és a hagyományos akadémikus pszichológia kutatói beállítottsága között: a hagyományos pszichoanalitikus beállítódás szerint a vizsgálati személy (páciens) pszichés működéséről csak azáltal

10 James Strachey angol fordításában: *inseparable bond*.

alkothatunk hiteles képet, hogy ezt a működést egy másik, erre érzékenyített ember (pszichoanalitikus) pszichés működésével intenzív kapcsolatba hozzuk. Az így kialakult kép elsődleges a páciens működésére vonatkozó hipotézis felállítása és annak vizsgálata szempontjából. A hagyományos akadémikus pszichológia kutatói beállítódása számára ez a szemlélet abszurd, a megfigyelő személyiségének bevonása csak torzítja, kontrollálhatatlanná teszi a folyamatot.

Ez a szembenállás, amely a pszichoanalízist és az idegtudományt kezdetben jellemezte, az utóbbi évtizedekben oldódni látszik. Mindkét diszciplínán belül megjelentek a dialógust lehetővé tevő elméleti modellek, illetve kutatási irányok.

A pszichoanalízis berkein belül úttörőnek számít e tekintetben Hermann Imre (1984) munkássága, aki a főemlősök megfigyelésére alapozva dolgozta ki elméletét a megkapaszkodási ösztönről. Erre vonatkozó publikációi az 1930-as évektől kezdve jelentek meg német nyelven.

Az első határozott elmozdulást a kutatási empiria irányába a kötődésemélet jelentette. John Bowlby (1969, 1973, 1981) úgy érvel, hogy a pszichoanalízis motívációra vonatkozó elméleteit a kurrens természettudomány objektív megfigyelési kritériumainak megfelelően kell újragondolni. Margareth Mahler és munkatársai (1975) már kutatási megfigyelési helyzetre építve dolgozták ki személyiségfejlődési és ezzel összefüggésben álló pszichopatológiai modelljüket. Daniel Stern (1985) szelffejlődés-elmélete pedig jelentős mennyiségű interdiszciplináris kutatási adatot integrálva került kidolgozásra. Az agyi képalkotó eljárások fejlődése révén adódó új kutatási eredményeket Allan Schore igyekezett a pszichoanalitikus elméletekkel összhangba hozni (1994, 2003a, 2019a) és a terápiákra vonatkozó, gyakorlati konklúziókat is levonni (2003b, 2012, 2019b; Siegel et al., 2021). Schore integratív szemlélete az interperszonális neurobiológia elnevezést kapta.

Az új kutatási módszerek terjedésével az akadémiai pszichológia előtt is megnyílt a komplexebb lelki jelenségek tanulmányozásához vezető út. Az első nagy áttörés a szociálpszichológia felől érkezett, ahol az 1980-as évek végétől egyre nagyobb hangsúly került az implicit társas megismerés (*social cognition*) kutatására (Westen & Gabbard, 1999). Mivel az „implicit” folyamatok a kognitív szociálpszichológiában, illetve általánosabban a kognitív pszichológiában a pszichoanalitikus szakirodalomban használt tudattalan fogalmával rokoníthatók, ezért több, implicit működéssel kapcsolatos kutatási eredmény felhasználható a pszichoanalízisben megtapasztalt tudattalan folyamatok empirikus igazolására. A kvalitatív kutatási módszerek térnyerésével pedig a pszichoanalitikus *Junktim*-módszertan valódi szövetségeseire lelt az akadémiai pszichológia berkein belül is, mivel a kvalitatív eljárások gyakran támaszkodnak a kutatást végző szakember szubjektív benyomásaira (McLeod, 2011).

A funkcionális agyi képalkotó eljárások fejlődése és a molekuláris neurobiológia megjelenése az idegtudományban is egyre inkább lehetővé tette a komplex, tudattalan, szubjektív állapotok (Solms & Turnbull, 2002), az érzelmek és a kötődés (Yovell et al., 2015) kutatását. Eric Kandel emlékezet és tanulás neurobiológiáját célzó kutatásai, amelyek az 1960-as években indultak, megteremtették a pszichoanalízis biológiai megalapozásának lehetőségét (Kandel, 2007). Magyarországon a biokémikus és pszichoanalitikus Székács István már az 1980-as évek elejétől több írásában is a pszichoanalízis és a modern természettudományos ismeretek közötti kapcsolatokat igyekezett felmutatni (Pető, 2014). Antonio Damasio (1994), Joseph LeDoux (1998) és Jaak Panksepp (1998) máig nagy hatású munkái nyomán pedig az emberi működést egységesebben szemlélő, a tudattalan és affektív folyamatokat is integráló idegtudományi megközelítések jelentek meg, amelyek az affektív és a társas (*social*) idegtudomány elnevezéseket kapták.

A fenti eredményeket a nagyközönség számára Daniel Goleman (1995) foglalta össze, míg a tágabb pszichoterápiás szakmai közeg Sue Gerhardt (2004) munkájából nyerhetett a tárgykörbe gyakorlati hangsúlyú bevezetést.

Az ezredforduló tájékán a fent vázolt tudományos fejlődés néhány pszichoanalitikust arra készítetett, hogy az idegtudománnyal közvetlen kapcsolatot keressen. Ez az új pszichoanalitikus megközelítés, a neuropszichoanalízis úgy indult, hogy New York-i pszichoanalitikusok egy csoportja rendszeres tudományos összejeveteleket szervezett az 1990-es évek elején (Solms & Turnbull, 2002), amelyeken az idegtudomány új eredményeit vitatták meg. A mozgalom egyik legfőbb képviselőjévé Mark Solms vált, aki neuropszichológusként kezdte tudományos pályafutását, később pszichoanalitikus-képzettséget szerzett, és a két szemlélet összehangolását tűzte ki célul. 2000-ben megalapította a Nemzetközi Neuropszichoanalízis Társaságot, és *Neuropsychoanalysis* néven folyóiratot indított (Yovell et al., 2015), amelynek célja, hogy biztosítsa a folyamatos párbeszédet pszichoanalízis és idegtudomány között (Nersessian & Solms, 1999). A neuropszichoanalízis képviselői tehát közvetítő szerepet kívánnak betölteni a két tudomány között, ugyanakkor hangsúlyozzák, hogy a két terület sosem válhat egységessé. Ez a közvetítő törekvés rokonságot mutat egyéb, a humán tudományok és az idegtudomány eredményeit kapcsolatba hozni igyekvő interdiszciplináris törekvésekkel, amilyen például a neurofenomenológia (Yovell et al., 2015).

Természeténél fogva a neuropszichoanalízis kétfrontos küzdelmet folytat, egyrészt a redukcionista természettudomány, másrészt a pszichoanalízis interdiszciplinaritástól mereven elzárkózó szárnya ellen. Az előbbi harc első, máig legjelentősebb csatája az álom mibenlétéről bontakozott ki (Pető, 2014). Ez nem

meglepő, mivel az álom és az álmodás a pszichoanalízis számára a kezdetektől fogva központi jelentőségű (Freud, 1900). A vita során az idegtudományban évtizedeken át elfogadottnak tartott, az álom vágyteljesítő értelmét megkérdőjelező, aktivációsintézis-modellel szemben Solms neuropszichológiai vizsgálatokra alapozva meggyőzően érvelt amellett, hogy az álom nem a REM-fázis terméke, és létrejöttében a motivációval és a vágyteljesítéssel kapcsolatos, magasabb rendű agyi struktúrák játszanak szerepet (Solms, 2001, 2003).

Két korábban megjelent kritikai elemzést követően (Blass & Carmeli, 2007; Carmeli & Blass, 2013) a pszichoanalitikus szakma nemzetközi folyóirata, az *International Journal of Psychoanalysis* 2015-ös száma közölt két, egymásra közvetlenül reflektáló írást, amelyben a neuropszichoanalízis három vezető képviselője – Mark Solms, Yoram Yovell és Aikaterini Fotopoulou –, valamint az ellentábor két szószólója – Rachel B. Blass és Zvi Carmeli – szisztematikusan kifejtik álláspontjukat a témáról (Yovell et al., 2015; Blass & Carmeli, 2015). Az alábbiakban a fenti tanulmányokat, továbbá Solms és Turnbull gondolatait (2002) alapul véve összefoglalom a neuropszichoanalízis mellett, illetve az ellene felhozott érveket.

Érvek a neuropszichoanalízis mellett

A neuropszichoanalízis képviselői abból indulnak ki, hogy a pszichoanalízis és az elmúlt évtizedek fejlődésén keresztülment idegtudomány ugyanazt a területet kutatja, nevezetesen az ember pszichikumának funkcionális szerveződését. Úgy vélik, az agy és az elme kapcsolatára vonatkozó, általános kijelentések (például: „a lélek nem létezik” vagy „a lelki működés az agyműködés terméke”) valójában nem tesztelhetőek, és ezért nem is képezhetik tudományos vita tárgyát. E kijelentések a tudományos világkép alapját képező axiómákra vonatkoznak. Mert még ha következetesen megfigyelhető is például, hogy bizonyosfajta agyműködéshez mindig egy bizonyos lelki állapot vagy tudattartalom társul, a kettő között ok-okozatiságot feltételezni akkor is világnézeti kérdés, hiszen meglehet, hogy csak egybeesésről van szó, amelyet valami más – nem kauzális összefüggés – magyaráz.

A tudományos vizsgálhatóság határait ezzel kijelölve Solms és Turnbull (2002) a kettős aspektusú monizmus álláspontját fogalmazzák meg. Ez azt jelenti, hogy az agy és az elme kapcsolatát – azaz a klasszikus test-lélek problémát – tulajdonképpen episztemológiai kérdésnek tekintik, és azt mondják, hogy agy és elme nem két külön létezőt jelző szavak, hanem valójában ugyanarra vonatkoznak – ezt jelenti a monizmus. Megismerőképeségünk korlátai azonban nem teszik lehetővé, hogy egységben vizsgáljuk ezt a létezőt. Két különálló megközelítést kell tehát

alkalmaznunk – ezt jelenti a kettős aspektus. Az egyik megközelítés a külső, objektív, amelyet az idegtudomány képvisel, a másik pedig a belső, szubjektív, amelyet a pszichoanalízis képvisel. Az idegtudomány tehát az objektív nézőpontból közelít, és az agyat vizsgálja, míg a pszichoanalízis a szubjektív megélés tudományos vizsgálatának eszköze, és az elme működésére fókuszál. Az ember működésének minél teljesebb megértéséhez szükség van mindkét nézőpontra és a kettő közötti párbeszédre.

A neuropszichoanalízis képviselői szerint (Yovell et al., 2015) a két terület párbeszéde megtermékenyítően hat a pszichoanalízis elméleti fejlődésére és terápiás gyakorlatára, az idegtudományt pedig megóvja a redukcionizmustól azáltal, hogy az ember lelki működésének komplexitására irányítja a figyelmet.

Napjainkban a pszichoanalízist elméleti pluralizmus jellemzi (Wallerstein, 2005b), amely sok esetben egymással össze nem egyeztethető elméleti konstrukciók tisztázatlan együttélését jelenti. Elképzelhető, hogy az idegtudományból származó ismeretek segíthetnek az elméletek közötti ellentétek feloldásában, megalapozva ezzel egy elméleti szempontból koherens, ezáltal a tágabb szakma és a társadalom felé is jobban argumentálható gyakorlatot. Egyébként a terápiás hét-köznapokban a pszichoanalitikus és az idegtudományi szemlélet együttműködése sokszor észrevétlenül és reflektálatlanul valósul meg, amikor például egy beteg egyszerre részesül pszicho- és farmakoterápiás kezelésben, vagy ha a pszichoterapeuta agyszerült betegekkel dolgozik (Solms & Turnbull, 2002).

Az idegtudomány ismereteinek terápiás munkára gyakorolt hatását Yovell és munkatársai (2015) egy esettel szemléltetik, amikor egy 29 éves nőbeteg arra döbben rá a kezelés első heteiben, hogy egyik fő terápiás motivációja az, hogy rekonstruálni akarja gyermekkorának egy nehéz szakaszát, és ezáltal el akarja dönteni, vajon elszenvedett-e abúzust, vagy sem. Mivel két év terápiás munka sem hoz eredményt, a terapeuta a következő irányokban gondolkodhat:

1. A traumatikus élmények okozta elfojtást a terápia nem tudta még feloldani. Jobb vagy hosszabb terápiás munka szükségeltetik, talán egy másik terapeutával. A kérdés ez esetben, hogy mennyi időt és hány terapeutát érdemes végigvárni a döntésig: nem érdemes ebbe az irányba próbálkozni tovább. És ha egy ilyen döntés valóban megszületik, akkor még mindig fennáll a kérdés: hogyan tovább?
2. Nem az a lényeges, hogy rekonstruáljuk a múltat, hanem az, hogy az itt és mostban mi történik a terapeuta és a páciens között. Az a fontos, hogy mi jelenik meg az áttételi-viszontáttételi folyamatokban, és hogy a terápiás történések által miként változik meg a páciens viszonya saját magához,

ahhoz a vágyához, hogy emlékezni akar, és hogy ezeken a változásokon keresztül miként alakulnak aktuális kapcsolatai. Azonban ha az analitikus túlzottan az itt és mostra fókuszál, fennáll a veszély, hogy a páciens számára fontos, traumatikus esemény a háttérbe szorul. Márpedig ez felér a traumát észrevenni nem akaró, és ezáltal elhanyagoló környezet viselkedésének, a másodlagos traumának a megismétlésével. Például azzal, amikor az anya „nem vette észre” a traumát, „nem hallotta meg” gyermeke segélykiáltását.

E két lehetőséget a neuropszichoanalízis egy harmadikkal egészítheti ki:

3. A terapeuta elfogadja azt az álláspontot, hogy a páciens amnéziáját elsősorban nem dinamikus elfojtás okozza, hanem neurobiológiai törvényszerűség áll a háttérben. Nevezetesen az a jelenség, hogy intenzív stressz hatására a kortikoszteroid hormonok mennyisége oly mértékben megnövekszik, hogy a személyes, epizodikus emlékezetért felelős hippocampus részlegesen, vagy akár teljes mértékben is működésképtelenné válhat. Ismételt megélt traumatikus élmény pedig a hippocampuszt úgy funkciójában, mint anatómiailag végérvényesen is károsíthatja. Nem meglepő tehát, ha a traumatikus élmény teljesen, tisztán megélt bizonyossággal sosem kerül elő. A neuropszichoanalízis ismeretanyagával felvértezett terapeuta megoldása a fenti terápiás dilemmára az edukáció: két év sikertelen próbálkozás után felvilágosíthatja a páciens törekvésének feltételezhető biológiai korlátairól, tehát arról, hogy el kell fogadnia, talán sosem lesz képes rekonstruálni a történeteket. A szerzők feltételezik, hogy ez a tudás felszabadítóan hat majd analitikusra és páciensre egyaránt.

Áttekintve és némiképp kiegészítve az elmondottakat, a neuropszichoanalízis mellett szóló gondolatmenet az alábbiakban foglalható össze:

1. A legújabb tudományos eredmények arra engednek következtetni, hogy agy és elme működése – fejlődésileg, pszichopatológiai szempontból és terápiásan is – szorosan összefügg, ugyanannak az éremnek a két oldaláról van szó.
2. Ezt az „érmet” valószínűleg megismerőképeségünk korlátai miatt tudjuk csak két oldalról, objektív és szubjektív szempontból szemlélni. Ez az úgynevezett kettős aspektusú monizmus episztemológiai pozíciója.

3. A neuropszichoanalízis közvetítőként kíván működni az érem két oldalát vizsgáló terület, az idegtudomány és a pszichoanalízis között.
4. A közvetítés már létező gyakorlatot alapoz meg. Erre példa a neurológiailag érintett páciensek pszichoterápiás kezelése, vagy a farmako- és pszichoterápiával egyszerre kezelt páciensek esete.
5. A neuropszichoanalízis gazdagíthatja a pszichoanalitikus gyakorlati, terápiás eszköztárát, amennyiben új szempontokat nyújt a terápiában felmerülő problémák megértésére, értelmezésére és kezelésére.
6. A neuropszichoanalízis nem idegen a pszichoanalízis szellemétől, hiszen maga Freud is többször írt arról, hogy a biológia fejlődése később talán lehetővé teszi, hogy élettani és kémiai terminusokkal írjuk le az ember pszichológiai működését.
7. Végezetül tudománypolitikailag és a pszichoanalízis társadalmi megítélését tekintve kifejezetten káros, ha a pszichoanalízis elzárkózik az új eredmények integrálásától, azaz ha ellenségesen viszonyul a neuropszichoanalízis közvetítő törekvéseihez. Az elzárkózás a pszichoanalízis további marginalizálódásához, társadalmi hatásának csökkenéséhez vezethet, ami hozzájárulhat ahhoz, hogy egyszer s mindenkorra kikerül a választható pszichoterápiás ellátások köréből, a pszichoanalitikus közösség pedig végleg leszakad a modern tudományos, akadémiai életéről és egyfajta halódó, archaikus zárvánnyá válik.

Érvek a neuropszichoanalízis ellen

A neuropszichoanalízissel szembenálló pszichoanalitikusok két reprezentatív képviselőjének, Rachel Blassnak és Zvi Carmelinek igen karakteres álláspontja szerint (Blass & Carmeli 2007, 2015; Carmeli & Blass, 2013) az idegtudomány eredményei olyannyira nem relevánsak a pszichoanalízis számára, hogy összefüggésbe hozni ezeket a pszichoanalízissel kifejezetten káros. Mivel pedig a neuropszichoanalízis célja és egyedüli létjogosultsága az idegtudomány és a pszichoanalízis közötti kapcsolat megteremtése és elmélyítése, ezért a neuropszichoanalízist a pszichoanalízis számára kártékony megközelítésnek kell tartanunk.

Blass és Carmeli tulajdonképpen a monizmus kritikájából indulnak ki, nevezetesen kétségbe vonják, hogy idegtudomány és pszichoanalízis ugyanazt a létezőt vizsgálná, bár azt vitathatatlanak tartják, hogy ez a két létező, az agy és az elme, szorosan összefügg egymással. Példának a zenét és a festészetet hozzák (Blass & Carmeli, 2015). Érvelésük szerint bár kétségtelen, hogy egy zongoramű

eljátszásához vagy egy festmény elkészítéséhez elengedhetetlen a hangszer, illetve a festékanyag, azonban a zene tanulmányozásához vagy a festmény befogadásához mit sem ad hozzá az instrumentum mechanikai vagy a festmény anyagának kémiai ismerete. Hasonlóképpen nem segítenek a neurobiológiai és neuroanatómiai ismeretek a páciens pszichoanalitikus megértésében.

A pszichoanalitikus megértés egy adott személy sajátosan rá jellemző értelemadására fókuszál, leginkább úgy, ahogy ez az értelemadás az analitikus folyamatban kibontakozik. Ezért nem relevánsak a páciensre vonatkozó külső információk sem, amelyeket például a hozzátartozók vagy egy magándetektív tudna szolgáltatni az analitikusnak a páciensről. A páciens neurobiológiai és pszichoanalitikus megértése tehát két külön területre vonatkozik – a páciens agyi funkcióira egyrészt, illetve értelemadásának sajátosságaira másrészt –, és nem, vagy csak általánosan lehet ezeket egymással kapcsolatba hozni. Éppígy nincs a párhuzamosan zajló farmako- és pszichoterápiás kezelés között sem lényegi összefüggés, hanem inkább funkcionális a kapcsolat. Beszélhetünk a terápiában arról, hogy mit jelent a betegnek a gyógyszer, hogyan éli meg a hatását, de ez a szubjektív megélés szintje, és nem áll közvetlen kapcsolatban az agyban lejátszódó biokémiai történésekkel. A placeboeffektus jó példa erre, ahol valójában a páciens meggyőződésének, azaz értelemadásának hatására történik a változás. Emiatt el kell vetnünk a neuropszichoanalízis azon igényét is, hogy a pszichoanalitikus elméleti dilemmák tekintetében döntőbíró szerepében lépjen fel, hiszen a biológiai háttér tisztázása valójában nem segít a pszichológiai struktúrák feltérképezésében. Pszichoanalitikusként a biológiai háttér jelentőségébe vetett hitet például egyfajta pszichológiai tárgynak, a lelki folyamatok biológiai folyamatokként történő megélését pedig az érzések, gondolatok és fantáziák elhárításának tarthatjuk.

A neuropszichoanalízis továbbá félrevezető abból a szempontból is, hogy már régóta köztudott, pszichológiai megfigyeléseket állít úgy be, mintha azok az idegtudomány új fejleményei lennének. Az idegtudomány úgynevezett újdonságairól rövid reflexió után könnyen kiderülhet, hogy a valódi újdonság nem az adott pszichológiai jelenség leírásában, hanem a pszichológiai jelenséget kísérő neurológiai háttér feltárásában rejlik. Ez azonban sem általánosabb pszichológiai, sem pszichoterápiás szempontból nem tekinthető hasznos újdonságnak. Hiszen pusztán az agyban bekövetkezett változás szubjektív, emberi szempontból nem jelent semmit a vele párhuzamba állítható, pszichológiai jelenség megfigyelése és megértése nélkül. Például pszichológiai szempontból sokkal jelentősebb lehet az, hogy milyen színű volt a rövidnadrág, amelyet akkor viseltem, amikor először sikerült önállóan megtennem egy kört a biciklivel, mint az újonnan megszerzett készséggel együtt járó neuronális változás.

Ha mindez ennyire nyilvánvaló, akkor felmerülhet a kérdés, hogy mivel magyarázható az idegtudomány, illetve a neuropszichoanalízis népszerűsége. A válasz a szerzők szerint az általános társadalmi konszenzusban keresendő, amely hajlamos csak a kézzelfoghatónak hitelt adni. A pszichológiai változások valóságosabbnak tűnnek, és az ezeket előidéző, illetve vizsgáló pszichológiai projektek eladhatóbbak akkor, ha a „neuroblabla” köntösébe öltöztetjük őket (Carmeli & Blass, 2013).

Blass és Carmeli terápiás szempontból két lényeges ponton kritizálja a neuropszichoanalitikus megközelítést (Carmeli & Blass, 2013). Meglátásuk szerint a neuropszichoanalízis – mivel az oki háttérben a biológiai deficitet kutatja – elvonja a figyelmet a szubjektív jelentésről. Trauma esetén például a hippokampusz deficitjére fókuszál, és ezáltal kevésbé nyitott a konkrét történelemben benne rejlő konfliktuózus tartalmakra és fantáziákra, amelyek esetleg elfojtást okozhatnak. Továbbá a biológiai háttér fókuszba állításával a jelentés tartománya is leegyszerűsödik. A belső, illetve tudattalan tartalmak szövevényéről a figyelem a valós életeseményekre terelődik.

A szerzők álláspontját jól példázza az a kritika, amelyet a fentebb bemutatott, amnéziás esetdilemma neuropszichoanalitikus (3. számú) megoldásával kapcsolatban fogalmaztak meg (Blass & Carmeli, 2015). Úgy érvelnek, hogy az az állítólagos új információ, amelyet Yovell és munkatársai (2015) az idegtudomány hozzájárulásának tulajdonítanak – a memóriarendszer stressz hatására beálló deficitje –, valójában pszichológiai közhely, már Freud is utalt rá több helyen. Az egyedüli újdonságot a neuroanatómiai és élettani háttér tisztázása jelenti. Ez azonban pszichoanalitikus szempontból inkább káros, mivel elfordítja a figyelmet a páciens szubjektív megéléséről. Olyan ez, írják, mintha arra a kérdésre, hogy a páciens miért kívánta anyja megmérgezni, a válasz a mérgek kémiai összetevőinek elemzéséből állna. Mellesleg az információközlés még akkor sem tekinthető analitikus intervenciónak, ha a páciens közérzetét javítja, és ezzel fontos kiegészítője lehet az analitikus kezelésnek. E tekintetben azonban az idegtudomány nincs kiemelt helyzetben: hasonlóan hasznos közlések származhatnak a történelemből, a szociológiából és egyéb területekről. Analitikus szempontból azonban annak megértése és adekvát értelmezése a lényeges, hogy mi váltotta ki az analitikust az információ adására késztető szorongást. Ez a megértés és értelmezés az, ami a páciens számára megteremti a maradandóbb változás esélyét.

A szerzőpáros kritikájára visszatérve elmondható: egyáltalán nem biztos, hogy az a közlés, hogy valójában nem tudható, történt-e abúzus, megnyugtatóan hat, hiszen magát a kérdést nyitva hagyja. A közlés stresszoldó hatását – amennyiben van ilyen – a nonverbális üzenetben kell keresnünk. Nevezetesen abban,

hogy a terapeuta szavai azt közvetítik, megérti a páciens, igyekszik átélni vele az eldönthetlenség kínját, illetve bárhogy volt is, „tanúskodik” a páciens igaza mellett. Az analitikus által képviselt értelmező beállítódás mindig a felmerülő témák személyes jelentésének tisztázása irányába hat, és nem szűkíti le a kommunikációt az információközlésre, miként azt neuropszichoanalitikus állásponton állva tennénk. Vizsgálhatjuk például, hogy mit jelent a páciens számára a bizonyosság érzete; az abúzus ténye vagy annak tudata, hogy őt abuzálták; milyen ezekről beszélni; milyen bízni vagy nem bízni abban, akivel ilyenekről beszélünk, és a többi. A neuropszichoanalitikus megközelítés azonban mindezzel mit sem törődik. Külső szempontot érvényre juttatva torzítja a pszichoanalitikus technikát.

Ami pedig a tudománypolitikát illeti – érvelnek a szerzők –, nem sok értelme lenne annak, ha bármiféle társadalmi elfogadottság érdekében a pszichoanalízis feladná a rá jellemző, sajátos nézőpontot, és – például – neuropszichoanalízissé válna. A pszichoanalízis, miként minden diszciplína, csakis a rá jellemző sajátosságokat képviselve, az ezekből fakadó korlátokat tudatosan vállalva küzdhet létjogosultságáért, és vehet részt bármiféle interdiszciplináris diskurzusban. A neuropszichoanalízis, mivel fogalmai és gondolkodásmódja a jelenlegi társadalmi-tudományos trendbe jól illeszkednek, nemcsak a pszichoanalízist belülről torzító hitelrontást követ el, hanem azzal is fenyeget, hogy sikerei és növekvő népszerűsége miatt a pszichoanalízis valódi értékei a tudományos és társadalmi diskurzusban még inkább háttérbe szorulnak.

Az alábbiakban a neuropszichoanalízis mellett felhozott érveket felidézve összefoglalom a velük szemben megfogalmazott kritikákat:

1. *A neuropszichoanalízis állítása:* az agy és elme működése ugyanannak az éremnek a két oldala. *Kritika:* kétségtelen, hogy az elme és az agy működése szorosan összefügg, ez azonban nem azt jelenti, hogy azonos entitásról van szó.
2. *A neuropszichoanalízis állítása:* idegtudomány és pszichoanalízis csak megismerőképeségünk korlátai miatt külön terület. *Kritika:* pszichoanalízis és idegtudomány két külön területet vizsgál.
3. *A neuropszichoanalízis állítása:* a neuropszichoanalízis közvetítő e két összetartozó, de egymástól szükségszerűen elválasztott tudomány között. *Kritika:* ezek között a területek között nem szükségszerű a kapcsolat. Éppígy lehet kapcsolatot találni például pszichoanalízis és szociológia között. A neuropszichoanalízis azért érzékeli szükségszerűnek az összefüggést, mert a lelki folyamatokat valójában biológiai háttérre vezeti vissza, azaz – hiába tagadja – a redukcionizmus hibájába esik.

4. *A neuropszichoanalízis állítása:* a két tudomány közötti kapcsolat a terápiás gyakorlatban gyakran jelen van. *Kritika:* a kapcsolat nem szükségszerű a gyakorlatban sem. A különféle szemléletek párhuzamosan működnek, például farmako- és pszichoterápia együttes alkalmazása estén. Pszichoterápiás szempontból beszélhetünk a gyógyszerrel kapcsolatos érzésekről, fantáziákról a beteggel, de az a szimbolikus megjelenítés szintje, nem pedig a gyógyszer kémiai hatása.
5. *A neuropszichoanalízis állítása:* a neuropszichoanalízis új szempontjaival gazdagítja a pszichoanalízis elméletét és gyakorlatát. *Kritika:* a neuropszichoanalízis torzítja és beszűkíti a pszichoanalízis szemléletét és eszköztárát.
6. *A neuropszichoanalízis állítása:* a neuropszichoanalízis szemlélete nem idegen a pszichoanalízistől, hiszen már Sigmund Freud is több helyen előre vetítette egy ilyen tudományos fejlődés szükségszerűségét. *Kritika:* Freud munkásságának szellemisége és több konkrét Freud-idézet is elmentmond a neuropszichoanalízis törekvéseinek.
7. *A neuropszichoanalízis állítása:* neuropszichoanalízis nélkül félő, hogy a pszichoanalízis elszigetelődik és marginalizálódik, társadalmi jelentősége csökken. *Kritika:* a pszichoanalízisnek saját értékeit megjelenítve kell részt vennie a társadalmi és tudományos diskurzusban. A neuropszichoanalízis torz képet fest a pszichoanalízisről, ezért még inkább nehéz helyzetbe hozza, marginalizálja azt, ami valóban pszichoanalízis.

Néhány gondolat a neuropszichoanalízisről folyó vita tágabb érvényességéről

A neuropszichoanalízisről szóló vita a Covid-járványt megelőző időszakban a pszichoanalízis legjelentősebb polémijának tekinthető, amely közvetlenül érinti a pszichoanalitikus elméleti pluralizmusra és a pszichoanalízisnek más természettudományokhoz való viszonyára vonatkozó kérdéseket. Nehéz – talán nem is lehet – benne igazságot tenni. Amikor azt olvassuk a neuropszichoanalízis képviselőinek tollából, hogy „(a) az elme éppannyira valóságos, mint az agy, és (b) a szubjektív tapasztalat éppannyira valóságos, mint az objektív jelenség” (Yovell et al., 2015, p. 1543), akkor úgy érezhetjük, nehéz a neuropszichoanalízist a biológiai redukcionizmus vádjával illetni. Amikor azonban a traumatikus emlékek bizonytalansága kapcsán azt olvassuk, hogy „[...] a nem túl távoli jövőben fejlett képalakító eljárások segíthetnek különbséget tenni az igaz és a hamis emlékek között

még akkor is, ha a páciens, aki megéli ezeket az emlékeket, nem tudja eldönteni, igazak-e vagy hamisak” (ibid., p. 1536), az az érzésünk támadhat, hogy a redukcionizmus nyilvánvaló, és a páciens szubjektív megélése, amely valójában a lelki egészség kulcsa, alárendelődik az objektív igazságkeresés klasszikus pozitívista szemléletének. Megjelenhet ekkor lelki szemeink előtt a pszichoterápia egyfajta kafkaian groteszk, futurisztikus képe, ahol a pszichoterápiás első interjú után valami fMRI-szerű gépbe tolják be a páciens, és a vizsgálat eredménye szolgál majd az átételi-vizontáltételi folyamatok kiindulópontjaként.

A neuropszichoanalízis kritikussait olvasva pedig az az érzésünk támadhat, mintha a pszichoanalízis valamiféle öncél lenne, nem pedig a terápiás változást és az új ismeretek megszerzését elősegítő módszer, amely hosszú története során maga is oly sokat változott. A szerzők hajlamosak szektáriánus és kissé paranoid hangvételt megütni, például amikor a bibliai aranyborjú történetére utalnak (Blass & Carmeli, 2007), és kvázi harcba hívják a pszichoanalízis igaz híveit a bálványimádókkal szemben. Mintha valódi, egzisztenciális fenyegetettségről, nem pedig a mindkét felet gazdagító eszmecseréről lenne szó:

„*Mózes és a monoteizmus* című könyve harmadik esszéjének második részében Freud leírja azt az ember természetében bekövetkezett előrelépést, amely akkor történt, amikor Mózes megtiltotta, hogy Istenről képmást készítsenek [...] A neuropszichoanalízis már egy évtizede vezeti a pszichoanalízist abba az irányba, hogy az érzékekkel felfoghatót, a fizikait, a láthatót részesítse előnyben a pszichológiai jelentés, az igazság és olyan gondolati tartalmak rovására, amelyeket nem lehet a legmodernebb PET-készülék képeivel sem megragadni” (p. 37).

A neuropszichoanalízisről folyó vita ugyanakkor nemcsak a pszichoanalitikus szakmát, hanem legtágabban a pszichológiai megértés kérdéskörét, illetve annak segítő szándékú, praktikus alkalmazását, a pszichoterápiát is alapjaiban érinti. Ez abból fakad, hogy a pszichoanalízis hossza és regresszív jellege miatt a legmélyebben aknázza ki a szubjektív tapasztalatban rejlő megismerés lehetőségét. Hiszen nincs más olyan terápiás irányzat, illetve emberi tevékenység, amely teret engedne annak, hogy egy lelkileg érzékenyített megfigyelő személy egy másik, lelki változásra motivált emberrel éveken át, hetente 3-5 alkalommal, alkalmanként 45-50 percben oly módon együtt legyen, hogy a változásra motivált személy teljes őszinteséggel igyekezzon feltárulkozni neki. E miatt a sajátos helyzet miatt a pszichoanalízist az emberi kapcsolatban kibontakozó személyes megélés mélylélektanaként definiálhatjuk. A neuropszichoanalízisről folyó vita tehát általánosságban a személyes megélés mibenlétét és lehetőségeit érinti.

A kérdés azért is merül fel, mert a pszichoterápia – gyógyító diszciplína lévén – sosem vonhatta ki magát az orvosi hatás alól. Márpedig a pszichiátriában már a 19. század végére általánossá vált a nézet, hogy a lelki problémák valójában az agy betegségei (Buda, 2011). Jól tükrözi ezt a DSM-5 szemlélete is: „A DSM-5 hidat teremt a jelenlegi, tünetkategóriákon alapuló és a jövőbeni, specifikus, egymással összefüggő idegi körök zavarán alapuló diagnosztikai rendszerek között” (Nussbaum, 2013, p. 59). Elképzelhető, hogy a hivatalos diagnosztikai gondolkodásból a pszichológiai megértés és ezzel együtt a páciens egyediségének megértésére való törekvés csírája is kivész majd? Meglehet, hogy azok a pszichológiai-pszichoterápiás szemléletek maradnak csak fenn, amelyek emberképüket egyértelműen biológiai alapokra helyezik, és terápiás szemléletüket – ennek megfelelően – a biológiai pszichiátria szemléletének rendelik alá? Vagy ezek a folyamatok épp serkentően hatnak majd a biológiai szemlélettől független utakat kereső pszichoterápiákra, illetve a pszichoanalízisre, akár úgy, hogy kapcsolódási pontok jönnek létre az új ismeretekkel, például a neuropszichoanalízis által, akár úgy, hogy pszichoterápia és pszichoanalízis az új trendekkel polemizálva azt kínálja az egyénnek, ami benne egyedi, és ami olyannyira törekeny és fenyegetett: az őszinte személyesség lehetőségét? Nem tudhatjuk. Mindenesetre a neuropszichoanalízis képviselőinek gondolkodásmódja elég kifinomultnak tűnik ahhoz, hogy a dialógus a biológiai szemlélettől rettegő, illetve az azt integrálni igyekvő tábor között érdemi maradjon. A legfontosabb pedig az érdemi eszmecsere, hiszen ez teremti meg a kreativitáshoz szükséges feszültséget, és tartja naprakészen a gyakorló terápiás szakemberek számára a módszertanilag is megalapozott önreflexió elméleti és fogalmi hátterét.

A következő fejezet azt is szemlélteti, miként válhat a pszichoanalízis a neuropszichoanalitikus szemlélet közvetítése által kulcsszereplővé egy, a lélek működésének fontos elemeit tárgyaló, tudományos vitában. Ez a vita a pszichoanalízis számára kulcsfontosságú kérdésről, az álomról szól.

Az empirikus álmoktatás és a pszichoanalitikus álomelmélet

A pszichoanalitikus álomelmélet változása

A pszichoanalízis „hivatalos” megalapítását az *Álomfejtés* (1900) című könyv megjelenéséhez köthetjük. Ez Sigmund Freud első publikált kísérlete arra, hogy az ember lelki működését szisztematikus megfigyelésekből nyert adatok segítségével elemezze, és az elemzéseket a lelki jóllét elérése érdekében felhasználja.

A pszichoanalízis története során az álmok értelmezésének módja és az értelmezés terápiás jelentősége sokat változott. A gondolat azonban, hogy az álmoknak értelmük van, amely pszichológiai munka segítségével feltárható, a feltáró munka által nyert ismeretek és maga az ismeretszerzés folyamata is hozzájárul a lelki fejlődéshez, elválaszthatatlan a pszichoanalízistől. Ennek egyszerű a magyarázata, hiszen a pszichoanalízisnek csak akkor lehet értelme, ha feltételezzük, hogy a lelki jelenségeknek, a legbizarrabb módon megnyilvánulóaknak is olyan okai és jelentései vannak, amelyek a lelki jelenséget produkáló és egyben megélő ember szubjektív világát megismerve feltárhatók. Márpedig az álom *par excellence* lelki jelenség.

Freud (1900) szerint mivel az álom a mentális működés abnormális megnyilvánulása, ezért az álmodás jelenségének megértése a kóros lelki jelenségek megértéséhez is hozzájárul. A tudattalan, amely az elfojtott, gyermeki vágyakból meríti erejét, alvás közben álmokat hoz létre azért, hogy az ember éjszakai pihenése az alvás közben felmerülő gondolatok és érzelmek közepette is zavartalanul folytatódhasson (1901, 1926). A hétköznapi gondolkodási folyamatokat a képzelet tudattalan tevékenysége eltorzítja, így az álom nagyban hozzájárul gondolatok, azaz a látens álomtartalmak létrejöttéhez (Freud, 1900). Az álmok legtöbbször a kielégülést kereső, nagy erejű, elfojtott, ösztönös vágyak és az ezeket megszüntetni igyekvő cenzúra közötti kompromisszumok eredményének tekinthetők (Sandler et al., 2005).

A fentiekből következik, hogy lelki életünk több részből áll. Ezek a részek egy adott pillanatban úgy keletkeznek, hogy a tudattalan, primer gondolkodási folyamatok dominanciája miatt az abnormális lelki megnyilvánulások mintegy leválnak a megszokott, hétköznapi, azaz normálisnak érzékelt gondolkodási folyamatokról. A cenzúra pedig – személyiségtől függően – többé-kevésbé szigorúan őrködik a lelki apparátus tudattalan, tudatelőttés és tudatos tartománya között húzódó határon.

Az álmok az álommunka által keletkeznek, amely a tudattalan lelki folyamatok, a tudatelőttés második cenzúrája által működtetett másodlagos átdolgozás és a képi megjelenítés együttes tevékenységét jelenti. A manifeszt álomtartalmat a lelki működés különböző részeiből származó tartalmak, mégpedig a tudatelőttésben található, úgynevezett nappali maradék és a tudattalan vágyak alkotják. Freud elmélete szerint tehát az álomképződés tükrözi lelki életünk ellentmondásosságát és megosztottságát.

Bár egy egységesebb lelki működés irányába mutató szemlélet Freudnál is fellelhető (Botella, 2014), az igazi szemléletváltás ebbe az irányba a tudattalan fantáziákra vonatkozó elmélet kidolgozásával vette kezdetét. Eredeti, kleiniánus megfogalmazásában (Isaacs, 1948) a tudattalan fantáziák az ösztönök képviselői a lelki működésben. És mivel az ösztönök a testi folyamatokban állandóan termelődő energiákból származnak, az azokat képviselő tudattalan fantáziák is állandóan, mintegy „folytonos áramlatként” (Spillius, 2001) csörgedeznek a lélek mélyén. Ebben a megközelítésben a tudattalan fantáziák azt a központi szerepet veszik át, amelyet a freudi metapszichológiában az ösztönös, tudattalan vágy betöltött. Ezek alapján az álmokra is a tudattalan fantáziák megnyilvánulásaiként kell tekintenünk.

Ezekre a kleiniánus alapelvekre építve dolgozta ki Bion a lélek működésére és a lelki működés fejlődésére vonatkozó modelljét, amely mintegy forradalmasította a pszichoanalízis elméletét és terápiás gyakorlatát. Schneider (2010) megfogalmazásában (p. 531): „Freuddal szemben Bion azt állítja, hogy nincs különbség abban, ahogy tudattalanunk éber és alvó állapotban a tapasztalatot feldolgozza. Az érzelmi tapasztalatot folyamatosan álmodjuk.”

Bion számára az álmodás tehát a lelki működés alapvető funkcióját jelenti. Egyfajta folytonos érzelmi feldolgozási folyamatról van szó, amely elősegíti az információ feldolgozásának folyamatait. Ezt a lelkünk mélyén állandóan zajló álommunkát Bion alfa funkciónak nevezte el (Bion, 1962b; Grotstein, 2009; Roesler, 2023). Az álmok ezeknek a lelki folyamatoknak vagy azok kudarcának a végtermékei. Ez utóbbira példa a rémálom. Ekkor, az acting outhoz vagy a hallucinációhoz hasonlóan, a realitás érzelmi-szimbolikus feldolgozása helyett annak tagadása történik.

Az alfa funkció egy olyan internalizált, kapcsolati hálóban (Bion jeleivel: ♀♂) működik, amelyben a tartalmazó (konténer, ♀) segítségével a külső és belső világból származó érzetek (♂) alfa elemekké alakulnak. Ezek az alfa elemek az összetettebb tudatos és tudattalan lelki folyam alkotóelemei.

Az alfa funkció eredete a korai baba-mama kapcsolatban keresendő. A csecsemővel érzelmileg kapcsolatba lépő anya lényegében a gyermek rendelkezésére

bocsátja saját alfa funkcióját, azaz megnyugtatja őt, és ösztönösen értelmezi is gyermeke tapasztalatait. Ezáltal egyszerre segít a kicsinek elviselhetővé tenni a számára még éretlensége miatt nehezen befogadható élményeket, és a projektív-introjektív identifikációs folyamatokon keresztül a gyermek önálló lelki-szabályozó mechanizmusának – az alfa funkciónak – a kiépüléséhez is jelentős mértékben hozzájárul. Azt az anyai tudatállapotot, amelyben az alfa funkciónak ez a rendelkezésre bocsátása a leghatékonyabban lezajlik, Bion (1962ab) *reverie*-nek nevezte el.

A baba-mama kapcsolatban megvalósuló, interszubjektív alfa működés minden későbbi, hasonló helyzet prototípusának tekinthető. Amikor tehát valamilyen súlyos érzelmi teher súlya alatt az egyik ember alfa funkciója leromlik, és egy másik ember lelki működésének segítségére, tartalmazó kapacitására van szükség ahhoz, hogy az illető lelki funkcionáló képességét visszanyerje, fenntartsa vagy javítsa. Az alfa funkció kialakulásának őshelyzetére, a baba-mama kapcsolatra gondolva belátható: speciális feltételeknek kell teljesülniük ahhoz, hogy az alfa funkciót fejlesztő projektív és introjektív identifikációs folyamatok két felnőtt ember között hatékonyan működhessenek. A pszichoanalízis keretrendszere ezeknek a speciális feltételeknek a létrejöttét igyekszik elősegíteni (Ogden, 2004a).

A bioni gondolatoktól függetlenül, de azokkal valamelyest összhangban több későbbi pszichoanalitikus szerző is relativizálta az álmok vágyteljesítő szerepét. Úgy tűnik, a pszichoanalitikus tapasztalat alapján a hangsúly egyre inkább az álmodás érzelm- és szelfszabályozásban, valamint az identitás fejlődésében betöltött szerepére helyeződött át (Roesler, 2023).

Tárgyunk szempontjából fontos még Ignacio Matte-Blanco (1975, 1988) elméletét ebben az összefüggésben is kicsit részletesebben bemutatni. Eszerint az ember lelki működését a topográfiai modell két fő elemének, a tudatosnak és a tudattalannak az összjátéka alakítja. E két tartományt az eltérő működés különbözteti meg egymástól. A tudatos a kétértékű logika alapján működik, míg a tudattalant a szimmetrikus logika uralja. Az előbbi a gondolkodás megkülönböztető, az utóbbi az érzelmek általánosító erejét képviseli. A hétköznapi érzelmek és gondolat, azaz a kétértékű és a szimmetrikus logika különböző összetételben és módon működik együtt a külső és belső valóság érzékelésekor, illetve az érzékelésre adott, meglehetősen sokszínű lelki reakcióinkban. A kétféle logikai struktúra eltérő arányú összetételeinek rendszerét alkotó, hierarchikus, kettős logikai struktúrának (*constitutive stratified bi-logical structure*) nevezi Matte-Blanco.

Ez a struktúra öt fő szintből áll. Az első a tudatos, racionális gondolkodásunkat jellemzi, és szinte kizárólagosan a kettős értékű logika működése határozza meg. Ezen a szinten az érzékelt tárgyak, azok lelki reprezentációi és az ezeket illető fogalmak elkülönülnek egymástól; a közöttük fennálló viszonyok egyediek

és egyértelműek. A második szint az érzelmek megjelenésével veszi kezdetét. Ez automatikusan magával hozza, hogy a szimmetrikus logika érezteti hatását, miáltal a mentális reprezentációk kontúrja halványodni kezd. Minél mélyebbre ereszkedünk a struktúra egyes szintjein, annál inkább érzékelhetjük a szimmetrikus logika dominanciáját, míg végül, legmélyebben egyfajta, a tudatos elme számára valójában nem befogadható totális azonossághoz, egységhez jutunk el.

Matte-Blanco elmélete hangulatában könnyen kapcsolható a Bion által kidolgozott szemléleti kerethez (Grotstein, 2000; Lombardi, 2009). Ennek az az oka, hogy az ember lelki működése mindkét szerző szerint olyan egységes egészet alkot, amelyben a mélyebb rétegek folytonos tevékenysége nélkülözhetetlen, pozitív összetevője a lelki működés egészének.

A pszichoanalízis lelki működésről vallott felfogásában tehát változás figyelhető meg. A freudi, egymással szemben álló, megosztott lelki működés szemlélete mellett egyre inkább elfogadottá válik a lelki működés folytonosságát megjelenítő, amelynek elméleti hátterét Bion és Matte-Blanco gondolatai képezik. Ezzel összefüggésben pedig az álomról megfogalmazott freudi elmélet helyét egyre inkább átveszi egy olyan szemlélet, amely az álmodást az éber lelki működés mélyén állandóan zajló, a lelki egészség fenntartásához nélkülözhetetlen folyamatnak tekinti.

Hasonló változást az empirikus álomkutatásban is megfigyelhetünk, amennyiben itt is olyan elméletek jelentek meg, amelyek az álmodás és az ébrenlét közötti éles különbséget relativizálják és az álmodás elsőbbségére helyezik a hangsúlyt az éber tudatossággal szemben. A fejezet hátralevő részében összefoglalom az empirikus álomkutatásban megfigyelhető változásokat, majd azokat a találkozási pontokat mutatom be, amelyek az új eredmények, illetve a Bion és Matte-Blanco elméleti újításai nyomán körvonalazódó pszichoanalitikus szemlélet között adódnak (Jiménez, 1990). Végezetül a pszichoanalitikus technikára és kutatásra vonatkozóan fogalmazok meg néhány gondolatot.

Az empirikus álomkutatás újabb eredményeiről

Az empirikus álomkutatás művelői két területhez tartoznak: az empirikus idegtudomány vagy a klinikai pszichológia-pszichoterápia, szűkebben a pszichoanalízis felől érkezők. A két diszciplína egymással szemben halad. Jobb híján, az angol kifejezéseket megtartva, az előbbi *bottom-up*, az utóbbit *top-down* megközelítésnek nevezhetjük (Reiser, 2001; Cartwright, 2010). Az első esetben vizsgálódásainkban az álmodással kapcsolatba hozható agyterületekből, az utóbbiban az álmok szubjektív megéléséből indulunk ki, illetve ezekre helyezzük a hangsúlyt.

Az idegtudományban az álmodásra vonatkozó elméletek karakteres módon a Hobson–Solms-vitában bontakoztak ki (Domhoff, 2005a; Kramer, 2005). Allan Hobson és munkatársai korábbi közleményeikben megkérdőjelezték, hogy az álmoknak bármiféle lélektani jelentésük lenne, alapjaiban támadva ezzel a pszichoanalízis egyik alaphipotézisét (Hobson & McCarley, 1977; Hobson et al., 2003; Kramer, 2005). Ezzel szemben Mark Solms, aki egyszerre kutató neuropszichológus és gyakorló pszichoanalitikus, klinikai-anatómiai adatokra támaszkodva érvelt amellett, hogy az álmoknak jelentésük van (Solms, 2001, 2003; Kramer, 2005). A két, egymásnak ellentmondó álláspont egyben jelenti az álmodás folyamatát kísérő neuroanatómiai és neurokémiai folyamatok eltérő megítélését, és ezzel összefüggésben ellentmondó állásfoglalást abban a kérdésben, hogy vajon az álmok csak az alvás REM-fázisában képződnek-e (Domhoff, 2005a). Hobson a REM-fázist azonosította az álmodás periódusával, ezzel is megkülönböztette a nem REM-fázistól és az éber tudatállapottól (Hobson et al., 2003). Solms szerint azonban az álmok keletkezéséért az agy magasabb anatómiai régiói felelősek, nem pedig az az agytörzsi régió, ahova a REM-fázis aktiválódása köthető. Nevezetesen azokról a területekről van szó, amelyekhez a vágyvezérelt tárgykereső magatartás, az érzetadatok legmagasabb integrációja, elvont gondolatokká és emlékekké alakítása köthető (Solms, 2001). Ha ez igaz, akkor tehát a REM-fázis és az álmodás nem kapcsolódik egymáshoz.

Mivel az álmokképződés kutatása több módszertani nehézséggel is küzd (Nielsen, 2003; Nir & Tononi, 2010), a kérdést teljes bizonyossággal eldönteni talán sosem lehet majd. Ugyanakkor több adat is Solms álláspontját támasztja alá. Úgy tűnik, álmok nem csak a nem REM-fázisban képződnek (Domhoff, 2005ab; Nir & Tononi, 2010). Mivel azonban bizonytalan, hogy valójában mit is nevezünk álomnak (Cartwright, 2010; Cicogna et al., 2000), ezért pontosabb úgy fogalmazni, hogy különböző összetettségű és intenzitású lelki tartalmak az alvás szinte teljes ideje alatt jelen vannak (Stumbrys & Erlacher, 2012; Tononi, 2009). Amíg alszunk, agyunk pszichológiai értelemben szinte végig aktív (Cicogna et al., 2000). Az egyedüli kivétel talán a legmélyebb alvás néhány pillanata (Cartwright, 2010). Ezekre az empirikus adatokra alapozva fogalmazódott meg a gondolat, hogy egyfajta „álomgenerátor” működik az agyban (Cicogna et al., 2000), amely folytonosan gyártja a mentális tartalmakat, vagyis az álmokat, amikor alszunk, a fantáziákat és a belső képeket, amikor ébren vagyunk. Ehhez kapcsolódik még az a kutatási eredmény, amely szerint az álmokképződés inkább fantázia, és csak kevésbé észlelésvezérelt, azaz inkább belső lelki és csak kevésbé külső, érzékszervi tapasztalatok által meghatározott (Nir & Tononi, 2010). Több kutatási eredmény által megalapozottnak tűnik tehát az a hipotézis, hogy az éber tudatosság és az alvásban megélt álom

valójában egy kontinuumot alkot, és ebből is következik, hogy az álmok nem agyi folyamatok véletlen melléktermékei, hanem jelentést hordoznak és jelentőséggel bírnak a lelki működés számára (Roesler, 2023).

Az álmok természetével és szerepével kapcsolatos adatokra építve Hartmann (2011) kidolgozott egy, a lelki működés egészét leíró modellt, amely a fenti, elméletekkel összhangban és Matte-Blanco pszichoanalitikus modelljéhez hasonlóan egyfajta hierarchikus kontinuumban gondolkodik. Az elmélet szerint a lelki apparátus működésének egyik végpontja az álmodás, másik végpontja pedig az összpontosított, éber figyelem. Folyamatosan aktív lelki működésünk valahol mindig ezen a kontinuumon helyezkedik el. Az álmok érzelmvezéreltek, metaforikusak, és leginkább képekben fejeződnek ki. Ez pedig elősegíti az éber állapotban egymástól külön tartott lelki tartalmak kapcsolatba lépését. Ez az integrációs folyamat tudattalanul zajlik.

Ezzel összhangban beszél Cartwright (2010) arról, hogy az álmodás az érzelemszabályozást segíti elő azáltal, hogy egymástól elválasztott lelki tartalmakat összekapcsol. A REM-fázisok során a homloklebeny gátló funkciói csökkennek, és ez felerősíti az agy asszociatív tevékenységét (Roesler, 2023). Az álom folyamatosan gazdagodik a hosszú távú emlékezetből előkerülő emlékekkel, új kapcsolódások alakulhatnak ki addig egymástól elzárt lelki tartalmak között, és ezáltal új, érzelmileg jelentős tapasztalat jöhet létre. Az álommunka akkor sikeres, ha az álmodást létrehozó, érzelmileg jelentős tapasztalatot ez az integratív tevékenység mintegy megszelídíti. Ez úgy történhet, hogy a folyamat teszteli és egyben módosítja a szelfrendszerünket alkotó és viselkedésünket befolyásoló, tudattalan sémákat. Hartmannhoz hasonlóan Cartwright (2010) is megfogalmazza azt a hipotézist, hogy az érzelmi tapasztalat asszociatív feldolgozása tudattalanul, folyamatosan zajlik lelkünkben.

Több empirikus kutatási eredmény az álmodás egyéb pszichológiai funkcióiról is beszámol az érzelemszabályozás mellett (Roesler, 2023). Az álmodás fontos szerepet játszik még az alkotásban, a problémamegoldásban és az emléknymok megszilárdításában.

Mint láttuk, Solmsszal folytatott vitájában Hobson markánsan a pszichoanalitikus álomfelfogással ellentétes álláspontot képvisel. Éppen ezért figyelemre méltó, hogy későbbi írásaiban megfogalmazott östudatosság (*protoconsciousness*) elmélete a pszichoanalitikus metapszichológiával harmóniába hozható (Hobson, 2009, 2012).

Hobson – öntudatlanul talán, de mindenképp hivatkozás nélkül – Llinás és Paré (1991) elméletét fejleszti tovább, és azt állítja, hogy a REM-alvás már a magzati korban jelen van, és ez teremti meg az integratív folyamatokhoz szükséges agyi

aktivációt, amely nélkülözhetetlen a későbbi, tudatosabb szinten zajló fejlődéshez. Ezek álom nélküli, REM-alvásban bekövetkező pszichés növekedési szakaszok, amelyeket Hobson őstudatosságnak nevez. Elmélete szerint az őstudatosság létrehozza az ős-szelfet, amely a személyes cselekvőkészség érzetének (*archaic individual agency*) legősibb megnyilvánulása. Hobson (2009) a következőképpen írja le ezt a fejlődési szakaszt:

„Eredetileg álom nélküli, *őstudatos* REM-alvás szolgáltat egy virtuálisvilág-modellt, amelyben egy formálódó, képzeletbeli szelf (az ős-szelf) mozog (előre megtervezett mozdulatokkal) egy képzeletbeli térben (a belsőleg megalkotott környezetben), és közben erős érzelmeket él át. Ez az állapot először nem tudatos. Feltételezésem szerint csak a gyermekkor folyamán válunk képessé integrálni és tudatossá tenni ezt a tapasztalatot” (p. 808, kiemelés az eredetiben).

Hobson egy későbbi írásában (2012) újrafogalmazta elméletét: az álom idegélet-tani szempontból egy olyan módosult tudatállapotnak tekinthető, amely ok-okozati és fejlődési szempontból megelőzi az éber tudatosságot. A fejlődési szempont arra a már ismert feltételezésre utal, amely szerint a magzat saját szubjektivitását a REM-alvás álomszerű állapotában érzékeli. Ezt az ősi tapasztalatot nevezzük őstudatosságnak, amely két részből áll: az álmodással rokon, elsődleges és az ébrenléttel rokon, másodlagos tudatosságból. Az elsődleges tudatossághoz tartozik az észlelés, az érzelem és az emlékezet, a másodlagoshoz pedig a nyelv, az elvont gondolkodás, a matematika, a tudomány és az irodalom. Ami pedig az ok-okozati viszonyokat illeti, Hobson egyértelműen fogalmaz (p. 25): „az éber tudat valójában az álomtudattól függ”.

Összefoglalva: úgy látszik tehát, hogy az empirikus álomkutatás felvázolt elméletei – vagyis az álomgenerátor, az őstudatosság és ős-szelf, valamint Hartmann elmélete az álmodás és ébrenlét kontinuumáról – összeegyeztethetők a korábban bemutatott, metapszichológiai teóriákkal. A fejezet utolsó részében néhány hipotézist fogalmazok meg erről a konvergenciáról, illetve annak elméleti és terápiás-gyakorlati következményeiről.

Konvergenciák

A pszichoanalízis és az empirikus álomkutatás elméletei az álmodás fontosságát és elsőbbségét hangsúlyozzák pszichénk fejlődése és egészsége szempontjából. Bion alfa funkcióról és Cartwright érzelmi feldolgozás folytonosságáról szóló elmélete

alapvetően ugyanazt a jelenséget igyekszik leírni. Úgy tűnik, az érzelmileg jelentős, új tapasztalatokat lelkünk folyamatos, asszociatív tevékenységet végezve, a hosszú távú memóriában tárolt emlékekhez kapcsolja (Cartwright, 2010). Elősegíti ezzel az érzelmek feldolgozását, és – a hatékony adaptáció érdekében – a tudattalan szelf-sémák módosítását. Ez az asszociatív munka egyszerre jelent kognitív és emocionális konszolidációt, azaz tanulást és szabályozást. Az alvás ideális környezetet teremt ennek az érzelmi feldolgozásnak azáltal, hogy az információbeáramlást lecsökkenti, és a képzeletnek elsődleges szerepet biztosít (Nir & Tononi, 2010). Az álmok e folyamat melléktermékének tekinthetők.

Eltérő megközelítésük és módszertanuk miatt a pszichoanalízis és az empirikus álomkutatás együttesen hozzájárulhatnak ahhoz, hogy jobban megértsük az álmodás mibenlétét és a lelki életben betöltött szerepét. Az áttétel és a viszontáttétel pszichoanalitikus monitorozása hozzásegíthet annak alaposabb megértéséhez, hogy milyen szerepet játszanak az emberi kapcsolatok az álmok kialakulásában. Ez a téma az empirikus adatgyűjtés során is felmerült már (Cartwright, 2010), ugyanakkor az empirikus kutatásból származó adatok a pszichoanalízis sokszor klinikai intuíción alapuló elméleteinek alátámasztásában játszhatnak szerepet, miként azt az előző fejezetben már említettem.

Hobson (2009, 2012) *ős-szelfről* és *őstudatosságról* szóló elmélete gazdagíthatja a pszichoanalitikus szemléletű baba-mama kapcsolati kutatást (Ellman & Weinstein, 2012). Fogalmazhatunk úgy ez alapján, hogy az elsődleges gondozó – hagyományosan az anya – pszichés szervező funkciója (Bowlby, 1953) valójában az *ős-szelf* fejlődésében betöltött szerepben nyilvánul meg. Az *ős-szelfet* fejlesztő diádikus helyzet lényeges mozzanata az, amikor az anya képes gyermekére kellő mértékben ráhangolódni, és a tudatos, fókuszált figyelmi állapotot feladva egyfajta érzelmi-ösztönös, asszociatív tudatállapotba kerülni vele együtt. Mint korábban már írtam, ezt, a gyermeki *őstudatosság* állapotára ráhangolódni képes tudatállapotot Bion nyomán *reverie*-nek nevezzük. Úgy tűnik, az *őstudatosság* a fejlődés folyamán nem vész el, hanem csak visszaszorul a lelki működés archaikus rekeszeibe, de időnként, például az álmodás folyamatában, ismét hangsúlyosan kifejti a hatását, hozzájárulva az egészséges lelki működéshez és fejlődéshez. Ez egybevág azzal a már korábban említett pszichoanalitikus tapasztalattal, hogy az álmoknak fontos szerepük van a szelfélmény stabilizálásában és az identitás fejlődésében (Roesler, 2023).

Minél inkább elhagyjuk az éber figyelmi beállítottságot, és minél közelebb kerülünk az álmodáshoz, annál asszociatívabbak és érzelemvezéreltebbek a gondolataink (Hartmann, 2011). Ez azzal magyarázható, hogy a fókuszált figyelem állapotából az álmodás irányába tartva a tudattalan egyre mélyebb rétegei felé

haladunk, ahol a mindent mindennel egyenlősítő logikai működés egyre inkább dominánssá válik (Matte-Blanco, 1975, 1988).

Az álmok az érzelmi feldolgozási folyamat termékei, amely azáltal működik, hogy az aktuális érzelmi tapasztalat a hosszú távú emlékezetben tárolt emléknymokhoz kapcsolódik. A kapcsolódás által összetett, sűrű, néha bizarr képek, képsorozatok, történetek keletkeznek. Az álmok tehát hiperkonnektívek (Hartmann, 2011), és a szelf integritásának megerősítésén keresztül elősegítik az adaptív viselkedést a külvilág változó, gyakran megterhelő kihívásai közepette is (Cartwright, 2010). A pszichoanalízis kleiniánus–bioni hagyományának szellemében úgy fogalmazhatunk, hogy a pszichoanalízis is valami hasonlót céloz, mint az álmodás, amennyiben elősegíti, hogy az analizált egyfajta álomközeli, regresszív állapotban újrarendezze a saját magával kapcsolatban megélt érzelmi és kognitív képet. Ebben segíti őt az analitikus, aki mintegy társ-álmodóként azokat az érzelmileg nehezen befogadható tapasztalatokat is segít elrendezni, kvázi megálmodni, amelyek feldolgozására az analizált egymaga még nem lenne képes.

Bion (Vermote, 2012) és Matte-Blanco (Jiménez, 2012) elméleteivel összhangban a pszichoanalitikus technika új, a hagyományos álomértelmezéstől (Freud, 1900; Freeman Sharpe, 1937) eltérő módon közelíti meg a páciens által hozott álmokat. A megközelítés szerint az álomértelmezés nem a látens tartalom feltárására irányul, hanem inkább lehetőség arra, hogy megértsük a lelki működés egy komplex szeletét, egyfajta alakzatát, *Gestalt*-ját, amely a páciens által elmondott álom mellett kifejeződik az adott ülés egyéb, verbális és nem verbális tartalmaiban. Technikailag ez a látens feltárása helyett az itt és mostban kifejeződő, manifeszt tartalmak közötti összeköttetés elősegítését jelenti (Jiménez, 2012; Roesler, 2023). Ez az analitikus tevékenység a hiperkonnektív álommunka kiterjesztésének is tekinthető.

A klinikai tapasztalat ugyanakkor arra tanít, hogy az álmok egyszerre többjelentésűek. Ezt a tapasztalatot empirikus kutatási adatokra építő elméletek is alátámasztják (Nir & Tononi, 2010). Ahhoz, hogy megtaláljuk a páciens számára az itt és mostban legmegfelelőbb jelentést (Ferro, 2002), az analitikus tudás és tapasztalat mellett kreativitásra és intuícóra is szükség van.

Mint arról korábbi fejezetekben már esett szó, a pszichoanalízis kereteinek az a célja, hogy általuk az analizált egyre jobban elmélyülő, hosszan tartó regressziót élhessen át biztonságos környezetben. Gondolatmenetünk most arra irányítja a figyelmet, hogy ez a regresszió egyben a páciens és az analitikus lelki működésének álmodó kapacitását igyekszik felerősíteni az analizált változásának elősegítése érdekében. Az asszociatív munkamód és az azt kísérő reverie mintegy közös álmodásra hívja az analizáltat és az analitikust, amelyben új lelki élmények,

meglátások, tapasztalatok keletkeznek. Ezek segíthetik a páciens a régi, maladaptív beidegződések felszámolásában. Ugyanakkor az áttétel-viszontáttétel kibontakozása különleges lehetőséget teremt az analitikus számára, hogy az álmodás folyamatával lényegében közvetlenül kapcsolatba lépve segítse az analizáltban az álmodásra való képesség fejlődését (Ogden, 2004a). E folyamat részeként az analitikus páciensről szóló álmai sokszor belátást engednek a páciens, illetve a páciens-analitikus kapcsolat rejtettebb, addig csak tudattalanul érzékelt mozzanataiba (Domash, 2010).

A pszichoanalitikus folyamatban megjelenő, páciens és analitikust egyaránt érintő, hiperkonnectív álmokképződésre példa a következő: egyik reggel arra ébredtem, hogy álomban egy általános iskolai osztálytársnőmmel együtt menekülünk két agresszív férfi elől. Sikerül eltűnnünk a szemük elől, és osztálytársamat egy volt kolléganóm társaságában, biztonságban hagyom, én pedig visszamegyek egy közeli büfébe, hogy kávé vigyek nekik. A büfében ismét felbukkan a két férfi, én menekülök, és tudatosan az ismeretlen utat választom, hogy ne vezessem nyomra az üldözőket. Arra a szorongásra ébredek fel, hogy körbevettek a Duna partján, nincs menekvés. Az álom azért is különleges számomra, mert nagyon ritka, hogy a munkás hétköznapiakban emlékezzek az álmaimra. Asszociációim egyenesen egy aktuális esetre terelődnek.

Az álmat megelőző napon egy analízisbe járó páciensnő visszatérő álmát meséli, amit az előző éjszaka újraálmodott. Az álomban üldözik, meg akarják ölni, és senki sem segít rajta. Az elemzés során felmerült az összefüggés a visszatérő, ijesztő álmokképződés és a páciens éber állapotban gyakran megjelenő, önkínzó gondolatjai között.

Aznap este egy szupervíziós csoportban az álmok kommunikatív vonatkozásaival foglalkoztunk. Ennek során a csoporttal folytatott asszociatív beszélgetésben felmerült, hogy a kínzó, repetitív álmokképződés, ruminatív gondolkodási stílus és a korai anya-gyerek kapcsolat között összefüggés állhat fenn. A csoportban felfigyeltünk arra, hogy a repetitív működésnek egymással ellentétes minőségei léteznek. Például jógázás közben a légzésfigyelés ismétlődése megnyugtató, míg a páciensek sokszor tematikájában semleges, de formájában repetitív gondolat tartalmainak monitorozása feszültségkeltő. Az asszociációk mentén, klinikai tapasztalatokat is érintve megfogalmazódott, hogy az egyik lehetséges magyarázata az ilyen jellegű feszültségnek az, hogy a ruminatív jelenségek olyan mentalizálatlan tartalmakat hordoznak, amelyekben kifejeződnek a korai kapcsolati történések szorongásos pillanatai. Például amikor a kisgyerek egy nehéz érzelmi állapotban magára maradt.

A szorongásos álomnak, amelyet ezek után este átéltem, több leágazása van még. Az asszociációk során felbukkant egy másik páciens, akivel aznap, közvetlenül az előbb bemutatott páciens előtt dolgoztam, akinek magárahagyatottsága és elkeseredettsége komoly érzelmi viharokat kavart a terápiás ülés során. A páciens keresztneve megegyezik az álomban szereplő osztálytársnőével, és szabadon engedve fantáziámat több hasonlóság is adódik köztük. Saját múltam felé is több irányba vezetnek utak, amelyek további információkat szolgáltatnak számomra mindkét pácienssel folyó munka mélyebb rétegeiről és a páciensek személyiségének rejtett vonatkozásairól.

A klinikai tapasztalaton alapuló pszichoanalitikus metapszichológia és az álmodásra vonatkozó empirikus kutatási eredmények több szempontból egy irányba mutatnak. Ugyanakkor fontos hangsúlyoznunk, hogy a pszichoanalitikus terápiás gyakorlat fő célkitűzése nem kutatási adatok gyűjtése, elméletek felállítása vagy igazolása, hanem azoknak a lelki folyamatoknak az elősegítése, amelyek a páciens szubjektív megélését adaptív irányban befolyásolják, azaz a lelki változását, gyógyulását szolgálják. A gyakorlati pszichoanalitikus megértés tehát szükségképpen szubjektív, tendenciózus és – episztemológiai szempontból – hermeneutikus (Roesler, 2023). Ez azt is jelenti, hogy az analizált által mesélt álmot az aktuális kommunikatív értéke szempontjából is meg kell vizsgálnunk, azaz fel kell tennünk a kérdést, mit üzenhet az analitikusnak a páciens az álommal. Az álomértelmezés gyakorlati kérdéseire pedig – azaz hogy a páciens által hozott álom értelmezésére sor kerül-e, és ha igen, hogyan, illetve hogy egy álom milyen nézőpontból és hogyan kap jelentést, mely részei és rétegei kapnak hangsúlyt egy terápiás ülésen – egységes választ, egyfajta rutin technikai útmutatót adni nem lehet. Csakis az áttételi-viszontáttételi helyzet és a páciens-analitikus kapcsolat pillanatnyi állása fogja meghatározni, hogyan is alakul egy adott álom vagy álmokép sorsa.

Pszichoanalitikus identitás és képzés

Bevezetés

A korábbi fejezetekben többször is, különböző formában megfogalmazódott már, hogy a pszichoanalitikus tevékenység a pácienssel történő első találkozástól kezdve rengeteg szubjektív, spontán, intuitív és tudattalan mozzanatot tartalmaz, amelyek nagyban hozzájárulnak a terápia sikeréhez vagy kudarcához. Sőt még az is lehet, hogy ezek a nehezen feltárható mozzanatok, nem specifikus hatótényezők azok, amelyeken sok terápia sikere múlik. Mindez természetes módon hozza magával a kérdést: milyennek kell lennie a szakember személyiségének ahhoz, hogy egy ilyen sajátosan mély kapcsolaton alapuló munkát hosszú időn keresztül, megfelelő színvonalon tudjon végezni? Melyek a hatékony analitikus tevékenységhez szükséges, szakmaspecifikus személyiségjegyek és készségek, milyen módon fejleszthetők, illetve milyen kapcsolatban állnak a személyiség más, úgymond privát részeivel? A könyv utolsó két fejezetében ezekkel a kérdésekkel foglalkozom.

Identitás és szakmai személyiség

A British Psychoanalytical Society interjúfilmjében (Institute of Psychoanalysis, 2012) több analitikust szólaltattak meg olyan kérdésekben, amelyek az analitikussá válás és az analitikusmunka személyes vonatkozásait érintik. A kleiniánus Betty Joseph megfogalmazása reprezentatívnak tekinthető:

„Kérdező: Ön szerint mi számít az analitikus leglényegesebb tulajdonságának, akár abból a szempontból, hogy valaki azzá válik, akár abból a szempontból, hogy képes annak megmaradni?

Betty Joseph: Az, hogy legyen érzéke az igazsághoz. És hogy kifejezett érzéke legyen ahhoz az igazsághoz, ami őt magát érinti. És hogy kész legyen arra, hogy megtudja és felismerje, mi zajlik valójában, és hogy a dolgok miként érintik őt. Mert csak ez a tulajdonság teszi őt valójában képessé szembenézni azzal, ami más emberekben zajlik.”

Az idézet arra enged következtetni, hogy a pszichoanalitikus alkalmassága a személyiségének egészét érintő kérdés. Ugyanakkor praktikus szempontból hasznosnak tartom, ha a terápiás folyamatban részt vevő személyiséget a személyiség egészétől elkülönített funkcióként vagy a tér metaforáját alkalmazva, személyiségrészként vizsgáljuk.

Hasonló a helyzet az áttétel-viszontáttétel esetében: tagadhatatlan ugyanis, hogy hétköznapi emberi kapcsolataink számos megnyilvánulása leírható lehet az áttétel-viszontáttétel fogalmaival, azonban a spontán emberi helyzetek ilyen jellegű megközelítése teljesen célt tévesztett és kontraproduktív. Hiszen az áttétel-viszontáttétel fogalmait azért alkották meg, hogy a terápia specifikus célkitűzéseinek megfelelően megragadhatók legyenek a terápia által életre hívott lelki és viselkedéses jelenségek. És bár igaz, hogy ezek a jelenségek – érzések, gondolatok, viselkedésmódok – valóságok, a páciens életének más területein is éppúgy megnyilvánultak vagy megnyilvánulnak, megjelenésük a terápiában azokat a motivációkat is tükrözi, amelyektől hajtatva a páciens a terápiába jár. Továbbá a terápiáról gondolkodva az analitikus azért használja az áttétel-viszontáttétel fogalmait, hogy a terápiás helyzet által létrehozott jelenségeket a páciens pozitív változása érdekében felismerni és felhasználni legyen képes.

Gondoljunk például egy olyan terápiás helyzetre, ahol a páciensnő beleszeret a terapeutába, és úgy érvel, hogy érzései igazak, nem az áttétel által generáltak, azaz nem arról van szó, hogy azért szeretett volna bele a terapeutába, mert gyermekkorában nem kapott elegendő szeretetet az apjától. Érvként azt hozza fel, hogy már az első találkozás alkalmával is, amikor a terapeutára a bemutatkozás pillanatában rápillantott, úgy érezte, neki egy ilyen férfi kell, továbbá a terápia során nyert későbbi tapasztalatai is megerősítették abban, hogy egy ilyen mentalitású és intellektusú ember lenne az ő ideális párja. Terapeutaként tudjuk, hogy ez az érzés a páciens belső világának és élettörténetének kulcsmozzanatait jeleníti meg, amelyek között legalább annyira jelen lehet az igaz szerelem vágya, a gyermeki

függés és ösbizalom keresése, és még sok egyéb. És tudjuk azt is, hogy az első pillanat villámcsapását az a természetes elváráshalmaz hozta létre, amely valamiképp minden induló terápiának természetes része. Ugyanakkor nem azért nevezzük ezt áttételnek, merthogy valami, a páciens valós személyiségétől idegen jelenséggel találkozánk. Az érzésekben, amelyeket a páciens a terapeutával kapcsolatban átél, valódi énje, szerelmi, függési, ösbizalmi és egyéb lelki tartalmai jelennek meg. Az áttétel attól különleges, hogy ezeknek a valós lelki tartalmaknak a megjelenése abban a helyzetben történik, amelyet a páciens azért választott, hogy átadja magát a lelki változás folyamatának. A motiváció tehát, amely az érzelmek megjelenése mögött húzódik, továbbá az érzelmek megnyilvánulásának lehetősége, ezáltal a keletkező érzelmek összetétele, hangsúlyai és intenzitása jelentős mértékben eltérhetnek attól, amit a páciens a terápián kívüli viszonyaiban megtapasztalhat. És természetesen a cél is eltér attól, amire a terápián kívüli élet romantikus érzésvilága esetén számíthatunk. A terápia lehetőséget nyújt arra, hogy a romantikus és szexuális vonzalom különböző – például homo- és heteroszexuális – aspektusaiiban és különböző rétegeiben – azaz ödipális és preödipális formájában – megnyilvánulhasson, feltárára és átdolgozásra kerüljön (Mann, 1997).

Hasonlóképpen a terapeutának is, amikor vonzalmat vagy épp taszítást érez páciense iránt, nem azért kell viszontáttételként tekintenie ezekre az érzésekre, mert nem valósak, hanem azért, mert létrejöttük célja a páciens gyógyulása. Továbbá a páciens megjelenése és viselkedése, amely ezeket az érzéseket a terapeutában keltette, szintén ez által a cél által meghatározott. Másként fogalmazva: a páciens terápiáját elvállalva a terapeuta tudatos döntés alapján teszi ki és engedi át magát a páciens által kiváltott érzelmeknek azért, hogy az érzések átéléséből származó tapasztalatokat a páciens érdekében felhasználja. Az érzelmek következképpen valósak és hétköznapiak, csak a helyzet sajátosságai miatt összetételük, intenzitásuk más, és leginkább a terapeuta hozzájuk való viszonya tér el alapvetően a hétköznapitól.¹¹

Az áttétel és viszontáttétel tehát valódi lelki jelenségek és viselkedésformák megjelenését jelenti, nem pedig szerepjátszást. Hiszen ha szerepjátszás lenne,

11 Az elmondottak szempontjából fontos megemlítenem, hogy az áttétel és a viszontáttétel fogalomnak kétféle használata lehetséges. A szűk értelemben vett áttétel a páciens múltjából, az érzelmileg jelentős személyekkel megélt tapasztalatok emléknymaiból származó lelki tartalmak áthelyezését jelenti a terapeutára és a terápiás helyzetre. A szűk értelemben vett viszontáttétel a terapeuta érzelmeinek azokat a nem eléggé megdolgozott részeit jelenti, amelyeket a páciens a terápiás munka során a terapeutából előhoz. Az áttétel tág értelmezése a terápiában a páciensnek a terapeutával szemben, a viszontáttétel tág értelmezése pedig a terapeutának a pácienssel szemben felmerülő összes lelki tartalmát jelenti. A gondolatmenetből nyilvánvaló, hogy én az áttétel és a viszontáttétel fogalmat tág értelemben használom.

akkor a terápiában bekövetkezett változások is csak a terápiás szerepet, és nem a személyiség egészét érintenék. Persze megtörténhet, hogy a változás szerepjátszás eredménye, azaz a terápiának vagy a terapeutának szól. Azonban ha így van, és így is marad, akkor félő, hogy az eredmény a terápia végeztével nem lesz tartós.

Az áttétel és a viszontáttétel fogalmai tehát valós, a terápián kívül is megjelenő jelenségekre vonatkoznak, amelyek specifikuma az, hogy épp a terápiás helyzetben nyilvánulnak meg. Ehhez kapcsolódóan a terapeuta személyiségét is egy olyan személyiségrésznek tekinthetjük, amelynek specifikuma, hogy a terápiában nyilvánul meg.

Az analitikus személyiség fogalma

Levine (2007) az analitikus terápiában megnyilvánuló személyiségrészt a latin *persona* szóval jelöli, és a következőképpen definiálja (p. 88): „A *persona* [...] az analitikus azon szelfreprezentációinak az összessége, amelyek a páciens számára rendelkezésre állnak – idetartoznak az analitikus szándékos vagy akaratlan, tudatos vagy tudattalan, rejtett vagy nyílt önfeltárulkozásai, alkalmi vagy állandó cselekedetei és kijelentései.” Metapszichológiai szempontból a szerző „jóindulatú, sokszor tudatosan választott hasításról (*benign split*)” (p. 85) beszél.

Korábban Sterba (1934) a pácienssel kapcsolatban írta le a jelenséget, amelyet „terápiás énhasításnak” (*ego dissociation*) nevezett el. Úgy fogalmaz, hogy az analitikus a terápiás intervenciók segítségével a páciens énjének egy részét megfigyelő szövetségessé teszi a terápia folyamatában. A páciens énjének ez a része disszociálódik, azonosul az analitikussal, és ezáltal megerősödve képessé válik arra, hogy rátekintszen saját mentális működésére.

Levine megfogalmazását Sterba gondolatmenetével társítva azt mondhatjuk, hogy a páciensben létrejövő énhasítással párhuzamosan az analitikusban is megtörténik egy hasítás, amely létrehozza az analitikus *personát*, azaz személyiségrészt. Ha elfogadjuk, hogy a páciens önreflexiója az analitikussal történő azonosulás által erősödik, akkor ebből – az elmondottak figyelembevételével – az következik, hogy a páciens megfigyelő énje az analitikus terápiában megnyilvánuló személyiségrésszel azonosul, hiszen ez az, ami számára a terápiában az analitikusból leginkább hozzáférhető.

Ha a terápiában megnyilvánuló személyiségrészt a személyiség egészétől elkülönült, lehasított funkciónak tételezzük, akkor két kérdés adódik. Az egyik az, amelyet az áttétel-viszontáttétel kapcsán korábban már megfogalmaztunk. Arra gondolok, hogy a valódi változáshoz elengedhetetlen, hogy valódi érzésekkel

dolgozzunk a terápiában. Ezért a páciens személyiségének az analitikus személyiséggel kell intenzív módon találkoznia, és nem csak annak egy, kizárólagosan a terápia számára megformált és külön tartott részével. Mert ha a találkozás korlátozott, akkor féltő, hogy a változás is korlátozott lesz, azaz csak személyiségrészeknek, szerepeknek, nem pedig az egésznek szól. Ehhez kapcsolódó, súlyosabb probléma, ha a terapeuta lehasított terápiás személyiségrésze védekező funkciót vesz magára (Levine, 2007). Ilyenkor kérdéses, hogy egyáltalán lehetséges-e valódi találkozás a páciens gyógyulásra váró személyisége és az ettől megrettent, védekező terapeuta között.

Meglátásom szerint ha az analitikus személyiségrésze valóban hasítás által jön létre, akkor nehezen elkerülhető, hogy a pszichoanalitikus gyakorlatban eltöltött hosszú évek alatt ez a rész ne védekező, hamis szelffé váljon. Ez talán az egyik legnagyobb nehézség, amely már a képzésben részt vevő kandidátust is fenyegeti. Nevezetesen: ahelyett, hogy személyiségét hagyná teljesen bevonódni a képzési folyamatba, tudatosan vagy tudattalanul egyfajta hamis szelf, „analitikus persona” felépítését tűzi ki célul, például azáltal, hogy azonosulni igyekszik egy elérhetetlenül tökéletes analitikus ideállal, és mindent igyekszik távol tartani a szabad asszociációtól analízise során, amiről úgy érzi, ellentmond ennek az ideálnak. Nyelviileg tükrözheti ezt a hasított reflexiót a „saját élménybe járok” formula, amennyiben arra utal, hogy a jelölt úgy érzi, „nekem semmi bajom, valójában nem kell változnom, csak azért járok analízisbe, hogy a megfelelő óraszámot megszerzezzem, és az analitikusok/terapeuták szakmai közösségébe befogadást nyerjek.” Hiszen ekkor a pszichoanalízisben rejlő legfontosabb lehetőség, vagyis hogy az önmegismerésen és megtapasztaláson keresztül a jelölt számára kívánatos, mélyreható személyiségváltozás következzen be, egy külső tényező – a képzési szempont – mögé rejtőzik. Féltő, hogy a személyiség egészéről lehasadt, identitássá szervült ellenállás kiépülése veszi ilyenkor kezdetét, amely később a személyiség egészéről valóban lehasadt, „analitikus personává” válik.

Ugyanakkor a képzési motiváció – mint a pozitív áttétel egyik alelete – hasznos is lehet az analízis számára. Például segíthet átvészelné az érzelmileg megterhelő szembesítéseket vagy a negatív áttételt. Ha azonban nem figyelünk rá, és megnyilvánulásait értelmezés nélkül hagyjuk, könnyen válhat ellenállássá. Megjelenhetnek az analízis elmélyülését megnehezítő vagy gátló formák, például amikor a jelölt a kötelező óraszámot elérve, automatikusan befejezettnek tekinti analízisét, vagy – még a képzési szakasz korábbi fázisában – amikor az érdeklődő aszerint választ kiképzőt, hogy az illetőnek milyen a vélt vagy valós csoport helyzete az analitikus közösségen belül. Például elnökhöz vagy tanulmányi bizottsági taghoz akar „bejutni”, mondván, „így könnyebben átmegegyek majd a vizsgán”.

Idetartozik még az a többször felmerülő, néha évekig fennálló probléma, hogy a kandidátus tudatosan vagy tudattalanul megszüri mondandóját, mert attól fél, hogy bizonyos témák sérthetik az analitikust, vagy rossz érzést keltenek benne. Ilyenkor a kandidátus attól tarthat, hogy az analitikusban kialakul az a vélemény, hogy a kandidátus alkalmatlan, és esetleg még ki is beszélheti őt kollégái előtt. Természetesen a kiképző analitikus feladata, hogy az ilyen félelmeket segítsen a páciensnek megfogalmazni és tisztázni.

Az analitikus személyiségrész mibenlétéről és buktatóiról gondolkodva értékes meglátásokkal gazdagodhatunk, ha a latin *persona* (személyiség) fogalom kialakulása felé teszünk egy rövid kitérőt.

Kultúrtörténeti kitekintés

A kifejezés elemzése során Marcel Mauss (1938) írja, hogy a római civilizációt megelőző antik kultúrákban és a törzsi társadalmakban a személyiségnek megfelelő fogalmak inkább a csoport-hovatartozást, nem pedig az egyéni identitást jelölték. A *persona* latin szó is eredetileg a színészi maszkot jelölte, amelyből további jelentései, a darabban betöltött szerep (*dramatis personae*), illetve később a jogi szereplő jelentés levezethető.¹² A fogalom csak a késői sztoikus filozófiában kezdi jelenteni a morális – azaz a független és önálló felelősséggel rendelkező – tényezőt, majd végül a kereszténység spirituális forradalmából kiindulva jelöli az egyéni identitás lelki ágensét.

A fogalom története jelzi, hogy a személyiség nemcsak lélektanilag, hanem kulturálisan is fejlődési folyamat eredménye. Mindig megvan az esély arra, hogy a csoportelvárások túlzott módon hassanak rá, akár le is gyűrjék, és ha ez megtörténik, akkor az autenticitás érzését nélkülöző szereppé torzulhat. Az egyén lelki fejlődésének vonatkozásában a korábban már említett hamis szelf (Winnicott, 1960) kialakulása írja le ezt a folyamatot.

Ha képzése során, illetve azt követően a pszichoanalitikus nem képes saját, autonóm analitikus személyiségrészét kialakítani, akkor könnyen megtörténhet, hogy az analitikus „persona” hangsúlyosan a csoportelvárásokból származó ideákból képződött zárvány marad. Feltételezem, hogy ezt a nehézséget a nem kellően átdolgozott, infantilis függésen alapuló áttétel okozza. A folyamat azzal veszi kezdetét, hogy a szülőktől való függés egyes elemei az analitikussal megélt

12 A hagyományos etimológia – *per* (keresztül), *sono* (hangzik) – bár csábító, de feltehetően téves. L. *Der Kleine Pauly* (1979) „Persona” szócikk.

kapcsolatban megismétlődnek, de mivel ezt az ismétlődést az analízisben nem sikerült kellő mértékben átdolgozni, annak lezárulása után a függést egyéb, a pszichoanalízist megjelenítő személlyel, intézménnyel vagy csoporttal éli meg az analitikus. Idealizálhat ezért szenior analitikusokat, saját hazájában vagy a nemzetközi analitikusvilágban mozgó hírességeket, magát az IPA-t, annak vezetőségét, bizottságait, vagy épp lázadhat ellenük, megkeseredetten lebecsülve őket, mondván, ők nem értékelik eléggé. Ha a kiképző analitikus patológiája rezonál a páciens-kandidátus ilyen jellegű nehézségére, akkor megtörténik, hogy a kapcsolat nem szakad meg az analízis lezárása után, hanem a kollegialitás leple alatt egyfajta narcisztikus mester-tanítvány kötődéssé válik, amely legkönnyebben a Kohut (1984) által leírt, patológiás szelftárgyviszonyulás segítségével értelmezhető.

Visszatérve gondolatmenetünk fő vonulatához, általánosságban elmondható, hogy ha az analitikusnak nem sikerül hiteles szakmai személyiségrészt kialakítania, akkor analitikus szelfje maszkhoz hasonló, azaz a külső szerepelvárásokhoz alkalmazkodó, azokkal identifikálódó hamis szelf lesz. Emögött a valós szelf, és vele együtt az analitikus hiteles reakciói végképp elsorvadhatnak. Ami ilyenkor az analitikus személyiségéből a páciens számára érzékelhető marad, az talán nem más, mint a Wilhelm Reich (1933) által leírt „neurotikus karakterpáncél”, amely képtelen az új tapasztalatok befogadására. Ez esetben a terápia során a páciensben termelődő indulat vagy ennek pozitív irányú ellentétbe fordítása, a szeretet, az idealizáció, esetleg a romantikus érzelmek nem pusztán a páciens belső világából származó tartalmak megjelenését jelentik, hanem az analitikus neurotikus karakterpáncéljával folytatott szélmalomharc eredményének is betudhatók.

Azonban még a legjobban működő analitikus szakmai személyiségrésze is alkalmanként „neurotikus karakterpáncéllá” keményedhet, ha a páciens áttétele sérülékeny pontján találja, és ezáltal védekezésre készíti őt. Feltételezhető, hogy – a jó esetben – egyre inkább elmélyülő terápiás kapcsolatban egyfajta kölcsönöség alakul ki a páciens gyógyulást kereső személyisége és az analitikus gyógyító tevékenységre kiképzett személyiségrésze között. E két tényező egymást aktiválja olyan összetett módon, hogy az ok és okozat szétválasztása sok esetben nem lehetséges, és terápiás szempontból nem is lényeges, hiszen az analitikus számára levonható tanulságot úgyis tudjuk: folyamatosan tennie kell azért, hogy analitikus személyiségrésze ne lehasítva, idealizációk és leértékelések mentén, rigid módon működjön, hanem minél inkább szakmai identitásának szerves részét képezze. Gondolatmenetünk ezzel az identitás fogalmához érkezett.

Erikson és Kernberg identitásfogalma

Az identitás fogalma Erikson munkássága nyomán vált a pszichoanalízis és tágabban a pszichológiai gondolkodás számára jelentőssé. Erikson fejlődéshangsúlyú pszichoszociális megközelítésében (1950, 1956) az identitás kialakulása az én harmonizáló működésének eredményeként jön létre. Ezt kiemelendő Erikson az én-identitás elnevezést javasolja.

Szerinte az identitás a serdülőkor végére szilárdul meg, és optimális esetben „egyedi és koherens egészé” (1956, p. 68) formálódik benne az összes korábbi, jelentősebb identifikáció. Az identitás kialakulásában Erikson az identifikációk előtt feltételezi az azokat megalapozó projektív és introjektív mechanizmusok működését, amelyek a kiegyensúlyozott, kölcsönös anya-gyerek kapcsolatban válnak harmonikussá. Az identifikáció már a szerepekkel való azonosulást jelenti, és feltételezi a családi hierarchia különböző szereplőivel megélt, hiteles interakciókat. Az identitás kialakulása még tágabb körben zajlik: az egyén a számára jelentős, különböző társadalmi csoportok visszajelzései alapján harmonizálja saját korábbi identifikációit. Ugyanakkor az egyén identitásformálódása visszahat a csoportra, ezért Erikson az identitást az én szociális funkciójának nevezi.

Összefoglalva tehát: az identitás fejlődése a korai projektív-introjektív folyamatokból indul, és a tágabb családi körben átélt identifikációkon keresztül vezet a különböző nagyságú csoport-hovatartozásokat is implikáló identitáshoz. Az identitás formálódása valójában az élet végéig tart. Többnyire tudattalanul zajló, dinamikus folyamatok működtetik, és egyfajta instabilitás, azaz a stabil identitás megingása, majd újbóli megszilárdulása jellemzi.

Erikson gondolatait Kernberg (1966, 2006) a tárgykapcsolat-elmélet irányába mélyíti el. Átveszi az identitás kialakulásának három állomását (introjekció, identifikáció, én-identitás), amelyeket összefoglalóan identifikációs rendszereknek nevez (1966). Az identifikációs rendszerek alapelemei: a szelf- és tárgyrepresentációk, továbbá az ösztönderivátumok, illetve az érzelmi (affektív) állapotok iránti hajlam. Kernberg hangsúlyozza, hogy míg az introjekció és az identifikáció a pszichés apparátus egészében működik, addig az én-identitás az én szintetizáló funkciójának terméke, azaz csak az énről jellemző struktúra. Ez magyarázza, hogy az éngyengeség identitásdiffúziót eredményez.

A gyermekkor részleges én-identitásai a serdülőkor végére válnak egységessé, de identitásunk különböző identifikációkon keresztül életünk végéig folyamatosan változik. A már kialakult énídentitás-struktúra feladata, hogy a későbbi identifikációkat megsűrje, és csak az egyén identitásrendszerével harmonizálókat engedje beépülni. Ezzel magyarázható, hogy az identitásdiffúzió-szindrómát többek

között az egymásnak ellentmondó szerepek és az értékrend-/csoport-hovatartozás bizonytalansága (Akhtar, 1984) jellemzi. Hiszen identitásdiffúzió esetén a gyenge én-identitás szűrő funkciója nem megfelelően működik, és ezáltal az egyén különböző, néha egymásnak ellentmondó identifikációs lehetőségeket is magába fogad. Az ezekkel történő azonosulás szükségképpen inkoherens lesz, és diffúz identitást szül. Ezzel szemben a kellően erős, adaptációt elősegítő, realitásorientált én-identitásból az is következik, hogy az egyén belső tárgyvilága egyre pontosabban képezi le a külvilágot, és az egyén ezáltal egyre inkább képessé válik a tapasztalatból tanulni (Bion, 1962b). Mindemellett a tudattalanban – a legszerencsésebb helyzetben is – mindig fennmarad valamennyi archaikus, az én-identitásba nem integrált introjektum és torzítja a valóság érzékelését. A pszichózis realitásvesztett állapotát úgy is jellemezhetjük, hogy ilyenkor az integrálatlan introjektumok veszik át az irányítást a személyiség adaptációra alkalmasabb részei felett.

Visszatérve mármost a pszichoanalitikus identitásának kérdésköréhez, az imént vázolt fogalmi keretben úgy fogalmazhatunk, hogy az analitikusképzés során a tapasztalatok érintik a legmélyebben az analitikusjelölt személyes identitását. Úgy is mondhatjuk, hogy a jelölt személyes identitása részlegesen dekonstruálódik a standard analízis által felkínált, regressziót provokáló keretek miatt. Az analízisben és a képzés egyéb lépései – leginkább a szupervíziók – során, projektív és introjektív mechanizmusokon keresztül a részlegesen dekonstruált identitás magasabb szinten szerveződhet újra. Ennek a magasabban szervezett identitásnak két fontos elemét választhatjuk külön.

Az egyik a Fred Bush (2014) által pszichoanalitikus tudatnak (*psychoanalytic mind*) nevezett funkció. Ez a jelölt azon képességét jelenti, hogy az általa tartott terápiák során – illetve valamennyire a hétköznapiakban is – a tapasztalatok által reaktiválódó tudattalan fantáziákat – emésztetlen introjektumokat – felismerje és integrálja. Hétköznapi kifejezéssel az új élmények befogadásának és ezen keresztül a valódi önismeret elmélyítésének képességéről van szó.

A másik tényező a szakmai személyiségrész kialakulása, amely a személyiség egészétől csak részlegesen – mintegy „félíg áteresztő hártya” által – válik külön. Ez a személyiségrész működteti azokat a funkciókat, amelyek a terápiás ráhangolódáshoz, a megfelelő mélységű empatikus érdeklődés fenntartásához, a kellően rugalmas határok következetes érvényesítéséhez, a terápiás tudatállapot – azaz leginkább a *reverie* (Bion, 1962ab), a szerepkészség (Sandler, 1976) – fenntartásához és az intervenció eszköztár adekvát használatához szükségesek. A szakmai személyiségnek kellően teherbíróvá kell válnia, hiszen a terápiás funkciókat sokszor a páciensből származó projektív folyamatok nyomása alatt kell magas szinten működtetni (Domash, 2010).

Az identitás efféle részleges, benignus dekonstruálódásának útjában áll, ha az analizált nem érzi biztonságosnak az identitás újraképzésének lehetőségét. Ilyenkor tapasztalható az Erikson által „identitás-ellenállásnak” nevezett jelenség. A fogalmat Erikson a következőképpen vezeti be (1956, p. 89):

„[...] az identitás-ellenállás az ellenállás rendszeresen tapasztalt, de az analízisek egy részében gyakran rejtve maradt, általános formája. Enyhébb, gyakrabban előforduló esetben a páciens attól fél, hogy az analitikus, személyiségének sajátosságai, háttere vagy filozófiája miatt, figyelmetlenségből vagy szándékosan elpusztítja a páciens identitásának gyenge magját, és ehelyett saját identitását erőlteti a páciensre. Feltételezem, hogy az oly sokat tárgyalt megoldatlan áttételi neurozisosok egy része, amelyeket pácienseknél és képzésben lévő kandidátusoknál egyaránt megfigyelhetünk, közvetlenül arra vezethető vissza, hogy az identitás-ellenállást gyakran – még a legjobb esetben is – csak igen részlegesen oldották fel. Ilyenkor az analizált a terápia egész ideje alatt ellenáll annak, hogy az analitikus identitása bármilyen mértékben megérintse őt, miközben minden egyéb módon alárendelődik; vagy jóval többet magáévá tesz az analitikus identitásából annál, mint amennyit képes elviselni, vagy kilép az analízisből azzal az érzéssel, hogy valami lényegeset az analitikus nem adott meg neki, amivel egyébként tartozott volna.”

Eddigi gondolatmenetünk alapján feltételezhetjük, hogy az analitikus identitásának integrálatlansága hajlamosító tényezője egy ilyen nemkívánatos folyamatnak. Természetes, hogy a páciens védi identitását. És minél diffúzabb és sérülékenyebb ez az identitás, annál jobban kell védekeznie, hiszen annál intenzívebb a dekonstruálódásra való hajlam, ami érthetően intenzív szorongást vált ki belőle. A szakmai identításában nem kellőképpen integrált analitikus és az identitásdiffúzióval valamelyest is küzdő páciens problémája az analízis terében patogén módon interferálhat: az analitikus egyre szilárdabb pajzsként tartja majd maga előtt analitikus személyiségrészét, hogy védje magát a páciens dekonstruálódó identitása által keltezt szorongástól. Az analitikus – mivel saját szakmai identitása nem kellőképpen integrált – retteghet attól, hogy a szorongás saját szakmaiságát kikezdi, és – ha ez megtörténik, a páncél pedig lehull – a páciens magával ránthatja őt a regresszív szorongás szakadékába. Erősebben szorítja hát a pajzsot, azaz attitűdjével és megnyilvánulásaival kényszeresen igyekezhetsz fenntartani a szakmaiságot, amit a páciens rigiditásnak, erőltettségnek és empátiahiánynak élhet meg. Az analitikus képtelen ilyenkor meghallani, megérteni és megszólítani a hangos vagy hangtalan tiltakozást, a páciens „identitás-ellenállását”.

Kandidátusok esetében színezi a helyzetet a korábban már említett képzési motiváció, amely könnyebben nyújt lehetőséget arra analizálni és analitikusnak egyaránt, hogy az identitás benignus dekonstruálódásának útja helyett – amely a pszichoanalízis gyógyító folyamatának megtapasztalásán keresztül a leginkább nyújtja a mélyen integrált analitikus identitás kialakulásának esélyét – inkább egyfajta analitikus karakterpáncél megszilárdításának folyamatába kezdjenek. Az analizált ekkor ahelyett, hogy hagyná, hogy identitása a projektív és introjektív mechanizmusok keresztüzében minél inkább alkotóelemeire bomoljon, az analitikussal, vagy inkább az analitikus karakterpáncéllal történő közvetlen identifikációt választja. Ezzel a személyiség teljesebb integrációjának lehetősége csökken, amivel együtt romlik annak esélye is, hogy a szakmai tapasztalat a teljes identitás valamennyire különálló, de mégis integráns részévé váljon.

Feltételezhetjük tehát, hogy az analitikus szakmai személyiségének minősége lényegesen befolyásolja, hogy a páciensekben természetes módon megnyilvánuló identitás-ellenállás milyen mértékben marad fenn, illetve erősödik-e. Mennyiben érzi a páciens az analitikus személyiségét fenyegető, rigid alakulatnak, valami olyannak, ami az identitás egészéről lehasadt, és aminek csak alárendelődni, vagy ami ellen csak fellázadni lehet? Vagy mennyire rugalmas és nyitott funkció ez, amelynek megtapasztalása a páciens integratív folyamataira, identitására is serkentő hatással lehet?

Ha elfogadjuk, hogy a pszichoanalitikus személyiségének efféle rugalmassága kívánatos a terápiák szempontjából, akkor a következő lényeges kérdés az lehet, hogy milyen is az a terápiás beállítódás, amely a legjobban képes kiaknázni az analitikusan képzett személyiség rész sajátosságát.

A kölcsönösségre nyitott beállítódás (*coparticipant inquiry*)

Gondolatmenetünk szempontjából érdemes felidézni Fiscalini (2004) tipológiáját, aki terápiás beállítódás szempontjából háromfelé osztja a kortárs pszichoanalízist. Ez a felosztás nem kizárólagosságot, hanem inkább hangsúlykülönbséget jelent: az első a személytelen, nem résztvevő, visszatükröző attitűd, amelyet a „sebész” metafora (Freud, 1910ab) jelenít meg. A következő az interperszonális, résztvevő megfigyelő, amelyre pedig a „jó szülő” metafora alkalmazható. Mindkettő a szerepek kizárólagosságára és talán egyfajta hierarchiára is épít, amennyiben részletesebben, néha pedig egyáltalán nem vizsgálja azt a kérdést, hogy miként hat a terápiás folyamat az analitikusra, illetve hogy utóbbi személyisége és viszontáttetele miként hat a terápiás folyamatra.

A harmadik fajta beállítódást kölcsönösségre nyitottnak nevezhetjük, amely az előző két megközelítést a dialogikus találkozás lehetőségében integrálja. Ezt a beállítódást Fiscalini alapján a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A pszichoanalitikus helyzet olyan, a páciens és az analitikus által létrehozott közös tér, amelyben mindkét fél saját személyiségének teljességével vehet részt.
2. Páciens és pszichoanalitikus egymásrautaltsága a saját belső világ (intrapszichés) és a személyközi tér dinamikus kapcsolatában valósul meg.
3. Páciens és analitikus eltérő szerepekben bár, de partneri viszonyban állnak egymással, mivel közös cél érdekében dolgoznak együtt. Az analitikus adekvát módon elősegíti és bátorítja páciensét abban, hogy minél jobban legyen képes feltárni a benne zajló intrapszichés és a körülötte zajló interperszonális folyamatokat.
4. A terápiás beállítódást és a technikák megválasztását a terápiás pillanat szükségyszerűsége, és nem valamilyen elméleti vagy technikai dogmatizmus kell hogy vezesse. Ebből következik az elméleti és technikai pluralizmus bátor vállalása.
5. Az analitikus nem menekül a neutralitás, az absztinencia és az anonimitás védekező használatá mögé, hanem ezeket a terápiás alapelveket a páciens fejlődése szempontjából megfelelő módon és mértékben alkalmazza. Az analitikust általában a természetes önkifejezés jellemzi.
6. Fontos, hogy az analitikus képes legyen az új tapasztalat erejébe és a változás lehetőségébe vetett bizalmat megőrizni.

A pszichoanalízis és a hosszú pszichodinamikus terápia tehát lehetőséget nyújt a két résztvevő személyes találkozásában rejlő potenciálnak a változás érdekében való felhasználására, ehhez azonban a pszichoanalitikus részéről egy olyan beállítódás szükséges, amely nem rejti el saját személyiségének autentikus mozzanatait a páciens elől. Egy ilyen attitűd járulékos eredménye az analitikus személyiségének folyamatos érése az általa folytatott terápiák során. Ez az érési folyamat és az attitűd, amelyben ez kialakul, jótékonyan befolyásolhatja a terápiás folyamatot. Ezt azzal magyarázhatjuk, hogy a terapeuta személyes változásra és önmegismerésre nyitott személyisége mintát nyújt a páciens számára, és a kettőjük között folyamatosan működő projektív-introjektív folyamatok által a páciens mintegy magáévá teszi ezt az empatikusan kíváncsi beállítódást. Amennyiben ez megtörténik, akkor rengeteg új, reparatív tapasztalat éri a páciens saját személyiségének elfogadhatatlannak tartott részeivel kapcsolatban.

A kölcsönösségre nyitott beállítódást követve tehát az analitikus nyitottá válik arra, hogy páciense segítségével ő maga is újat tanuljon saját magáról is, ezáltal én-identitását fejlessze, realitásérzékét növelje, és vakfoltjaira egyre jobban rálásson. Fontos hangsúlyozni ugyanakkor, hogy az analitikus fejlődése még akkor sem célja a terápiának, ha általa a terápiás hatékonyság megnövekszik, a terapeuta pedig folyamatosan gyógyul. Egyfajta automatikusan és mellékesen keletkező bónusz ez, amelyet a pszichoanalitikus munkára valóban alkalmas személy hálával fogad.

A következő esetrészlet ezt a beállítódást szemlélteti.

Esetrészlet

Péter, a pszichológiailag művelt páciens rólam szóló álmát meséli, amelynek elemzését is adja. Az elemzés mélyen érint számomra fontos, személyes kérdéseket, nevezetesen saját apakomplexusomat. Erre a páciens ösztönösen ráérez, és azt mondja, hogy saját megoldatlanságom generálja azokat az agresszív érzéseit, amelyek aztán benne a negatív áttételt létrehozzák.

Értelmezés vagy önfeltárulkozás helyett érzelmileg beengedem, amit hallok, megélem a szégyent. A páciensnek sok szempontból igaza van velem kapcsolatban, és talán a terápiát illetően is – bár ezt kevésbé tudom megítélni/igenelni ott, abban a helyzetben. Hagyom hatni a gondolatot, együtt vagyok vele, míg elcsitul az érzés, „megemészttem”. Verbális és nonverbális gesztusaimban nyitott vagyok arra, hogy az ő meglátásain keresztül felfedezem kettőnk kapcsolatának és saját személyiségemnek rejtett aspektusait.

Más helyzetekben talán a nyitott végű áttételi értelmezést alkalmaztam volna, például: „azon tűnődöm, hogy amit rólam és apámról mond, mennyiben vonatkozhat kettőnk kapcsolatára...” Szóba jöhetett volna még a megfontolt önfeltárulkozás is, például: „Tényleg egy fontos mozzanatra érzett rá! Nézzük meg, miként van ez itt köztünk!” Ebben az esetben azonban, úgy érzem, mindkettő a terápia érzelmi mélyülését lezáró, verbális acting out lett volna, amelyet az motiválna, hogy megszabaduljak a bennem keletkező, nehéz személyes érzésektől, gondolatoktól, emlékfoslányoktól.

Az intervenciókról történő lemondás mentén a személyes identitás tere felnyílik: nem értelmezek és nem felelek, hagyom belülről az érzésektől sodortatni magam. Bármilyen történik ezek után verbális intervenció formájában, számomra nem ez tűnik jelentősnek, hanem a mögöttes érzelmi feldolgozási folyamat. Figyelmem teljesen ebbe az irányba fordul, miközben az interakció spontán természetességgel, számomra mintegy fellazult reverie-állapotban folyik tovább köztem és a páciens között.

A történetek megvitatása

A páciens számára, aki szüleit mindig is érzelmileg hasítottnak vagy elérhetetlennek élte meg, integratív identitás funkciót serkentő, korrekatív emocionális tapasztalatot jelenthet, hogy megéli, a terapeuta empatikusan és résztvevően nyitott arra is, hogy a páciens valóban felfedezze és megkonstruálja őt és kettőjük kapcsolatát. Ezen a felfedezésen keresztül pedig egyre bátrabbá válhat saját személyiségének felfedezésében és identitásának megkonstruálásában.

Fontos kérdés, hogy egy adott terápiás pillanatban mennyire tudunk őszintén nyitottá válni arra, hogy a páciens spontán igényét követve átadjuk magunkat annak, hogy bennünket is elemezzen azért, hogy ezen keresztül is, más szempontból fedezze fel saját magát.

A kölcsönösségre nyitott beállítódás és az ebből néha következő technikai-viselkedéses elem, az önfeltárulkozás (*self-disclosure*) akkor veszélyes, ha abuzív acting out részeként nyilvánul meg. Ez olyankor fordul elő, ha beállítódásunkat és cselekvéseinket saját igényeink kielégítése vezérli.

Ferenczi Sándor (1932) „kölcsonös analízis” kísérlete szélsőséges példáját szolgáltatja a veszélynek, amely akkor adódik, ha az analitikus a kölcsönösségre nyitott beállítódásra ráhangolódva, a segíteni akarás ürügyén – de talán sokkal inkább saját feldolgozatlanságaitól vezérelve – saját szükségleteinek kielégítésére használja a kölcsönösségre nyitott beállítódást. A jelenséget Oven Renik (1995) az episztemológiai identitás – episztemológiai szimmetria fogalompár segítségével ragadja meg. Szerinte Ferenczi kísérlete ott bukott el, hogy két személy analízisével próbálkozott egy terápiás folyamaton belül. Ez az, amit Renik episztemológiai identitásnak nevez. Ilyenkor a résztvevők azonos szerepeket töltenek be a folyamatban. Mindkettő analitikus és analizált is egyszerre. Ezzel szemben Renik szerint a pszichoanalízis során teljes episztemológiai szimmetria kell hogy megvalósuljon. Ilyenkor „analitikus és analizált egyformán szubjektív, és mindketten felelősek gondolkodásuk teljes feltárásáért, már amennyire ezt a pszichoanalízis folyamatának realitása szempontjából szükségesnek ítélik” (p. 486). A folyamat realitása az, hogy a páciens azért jár analízisbe, hogy változzon, az analitikus pedig azért kapja a pénzét, hogy ebben segítse őt. És természetesen az analitikus felelősége, hogy az áttételi-viszontáttételi folyamat sodrában a szakmai személyiségérzését működtesse, és így a terápia kereteit valójában sosem hagyja el.

A pszichoanalízis terápiás realitása alapján a páciens arra törekszik, hogy önfeltárulkozása a kommunikációs folyamatban részt vevő másik fél irányában teljes legyen, míg az analitikus törekvésének arra kell irányulnia, hogy saját önfeltárulkozása elsősorban intrapszichésen, saját „lelki szemei” előtt, minél teljesebben valósuljon meg. Az analitikus belső önfeltárulkozásának produktuma csak

alkalmanként kerülhet be a közös térbe, jó esetben csak előzetes megfontolás után. Ezért is a „megfontolt önfeltárulkozás” (*judicious self-disclosure*) terminus (Marcus, 1998).

Összefoglalás

1. A pszichoanalitikus személyisége (*psychoanalytic persona*), amelyet a pszichoanalitikus személyiségének terápiába bevonódott részeként definiálhatunk, lehet természetesen hiteles és integrált, de lehet az egészről lehasított, védekező maszk is (egyfajta karakterpáncél, hamis szelf).
2. A kultúrtörténeti kitekintés arra tanít, hogy az, amit személyiségnek nevezünk, kezdetben a közösség szerepelvárásai mentén formálódik, az egyéni hitelesség kérdése későbbi, illetve sok esetben másodlagos. Ez az állapot sokszor jelentős lelki szenvedés forrása, illetve lelki zavar kiindulópontja.
3. Pszichoanalitikus nézőpontból a hitelesség az integrált én-identitás terméke, ez utóbbi pedig az introjekciókon és az identifikációkon keresztül megvalósuló, potenciálisan egész életen át zajló folyamat.
4. A pszichoanalitikus-képzés egyik legfontosabb feladata, hogy a jelöltet az én-identitás formálódásának folyamatára (tapasztalati tanulás) egyre alkalmasabbá tegye. Ennek részeként a kandidátus bontakozó szakmai személyiségrésze az identitás részeként épül fel, a személyiség egészétől nem elválasztva, hanem annak sajátos funkciójaként nyilvánul meg szakmai helyzetben. Afféle „félíg áteresztő hártya” választja el a szakmai személyiségrészt a személyiség egészétől. Ezáltal, bár élet- és szakmai tapasztalat egymástól elkülönül, de egymástól el nem szigetelődik, kölcsönösen gazdagítja egymást.
5. A lehetséges beállítódások közül a kölcsönösségre nyitott beállítódás (*coparticipant inquiry*) használja ki leginkább a pszichoanalitikus sajátos módon képzett személyiségében rejlő lehetőségeket.
6. A kölcsönösségre nyitott beállítódás az analitikus számára elsősorban belső attitűdöt jelent. Külső, verbális megnyilvánulási formája, a „megfontolt önfeltárulkozás” (*judicious self-disclosure*), amely egy sokat vitatott terápiás intervenció. Ennek alkalmazása komoly felkészültséget és fokozott elővigyázatosságot igényel.

A pszichoanalitikus-képzés nehézségei

Az előző fejezet gondolatmenetét elfogadva feltételezhetjük, hogy a pszichoanalitikus sajátos személyiségrészt működtetve dolgozik. Ha ez így van, akkor az analitikusképzés lényeges kérdése, hogy miként fejleszthető a leghatékonyabban egy ilyen személyiségrész. A szakmai személyiségrész és a hétköznapi személyiség közötti kapcsolatot a „félíg átérésztő hártya” hasonlattal próbáltam megragadni, amely jelzi, hogy az emberi és a szakmai tapasztalat és kvalitás kapcsolatban áll egymással, noha ez a kapcsolat nem közvetlen. Hétköznapi szavakkal szólva: nehéz elképzelni, hogy súlyosan patológiás személyiség jó színvonalú analíziseket tudna végezni. Bár ez nem jelenti azt, hogy aránylag hosszú ideig, különböző áttételi, csoportdinamikai és egyéb okoknál fogva akár egy ilyen személyiség is ne lenne képes sikeres praxist fenntartani, esetleg analitikusként nagyobb hírnévre szert tenni. A kár, amit ilyen kollégák okoznak, sokszor csak hosszabb idő múlva válik nyilvánvalóvá (Sandler & Godley, 2004).

A személyiség egészének a pszichoanalitikus szakmai személyiségrésszel fenntartott kapcsolata magyarázza részben azt, hogy a pszichoanalitikus-képzésben a személyiség egészének mélyebb megmunkálására nagy hangsúly helyeződik. Ugyanakkor egy ilyen személyes mozzanat képzési modullá válása nem problémamentes. Szinte egy időben azzal, hogy az analitikus saját élménye a pszichoanalitikus-képzés formális részévé vált, már felfigyeltek erre. A nehézségek egyik legfőbb oka – miként arra Helene Deutsch már az IPA 1927-es innsbrucki konferenciáján felhívta a figyelmet –, hogy az oktatást végző pszichoanalitikusnak (kiképzőnek) egyszerre többféle, egymásnak gyakran ellentmondó szerepben is meg kell nyilvánulnia, illetve hogy őt az oktatási folyamatban részt vevők (kandidátusok) egyszerre többféle szerepkörben is érzékelhetik (Orgel, 2002; Kairys, 1964; Kirsner, 2010).

A kiképző analitikus a hagyományos felállásban egyszerre lehet terapeuta, oktató, vizsgáztató és a helyi vagy nemzetközi szervezeten belül különböző, sokszor döntéshozó vagy reprezentatív csoportosulások, bizottságok tagja. Ezáltal a terápiás hangulatot könnyen kontaminálhatja az oktatási, sőt vizsgáztatási légkör, vagy egyfajta kollegiális idealizáció. A problémát fokozza, hogy alkalmanként ezek a szerepek egy és ugyanazon helyzetben is megnyilvánulhatnak. Például ha valaki egy időben annak a szemináriumnak a hallgatója (külső realitáshelyzet), amelyet saját szupervízora vagy egyéni terapeutája vezet (áttételi realitás), vagy kandidátusként olyan bizottság munkájában vesz részt, amelynek tevékenységében valamilyen módon saját kiképzője vagy szupervízora is érintetté válik. Kis létszámú egyesületeknél sokszor kikerülhetetlen helyzetek ezek. A külső és az áttételi realitás ilyen keveredése egyaránt nehezíti a terápiás munkát és a külső realitásban történő feladatmegoldást.

A problémával szembesülve az analitikusképzés története során különböző megoldási javaslatokkal találkozhatunk, amelyek a képzési analíziseket és a képzést végző analitikusok státuszát illető nézetkülönbségekben és vitákban érhetők tetten. A történeti áttekintés megkönnyíti a tájékozódást, ezért ezt követem.

A kiképző analízis története

A kiképző analízis története öt szakaszra osztható (Balint, 1954). Kezdetben a pszichoanalízis műveléséhez nem társult a saját élmény követelménye. A mozgalomhoz csatlakozó kollégák Freud munkáinak olvasásán keresztül sajátították el a módszert, a betegekkel való bánásmódot pedig az orvosi végzettséggel rendelkezők természetesen emelték át saját praxisukból. A második szakasz Freud ajánlását követően vette kezdetét, amely szerint nem árt, ha az analitikus rendelkezik valamilyen belső tapasztalattal az analitikuselméletek igazságát és a terápia hatékonyságát illetően. E felfogás szerint az ilyen sajátélmény-terápiák oktató-demonstratív jellegűek, ezért leginkább a rövid, időhatáros keret jellemezte őket. Néhány héttől néhány hónapig tartottak, és a baráti-kollegialitás légkörében, gyakran társasági helyzetben folytak, például séták, vendégségek, kirándulások alkalmával. Miután ez a „nem standard” saját élmény befejeződött, az analitikusnak törekednie kellett arra, hogy a tapasztalat hatására kialakult önanalízis képességét élete végéig fenntartsa, illetve hogyha ennek hanyatlását önmagán észleli, akkor ismét terápiás segítséget keressen. Ez a képzési céllal folytatott terápia az 1922-es berlini nemzetközi pszichoanalitikus-kongresszuson vált hivatalosan és standardizált formában az analitikusképzés részévé (Kovács, 1936).

A következő, harmadik és negyedik fázis Ferenczinek köszönhető, aki úgy vélte, hogy a hatékony pszichoanalitikus-munkához elengedhetetlen, hogy az analitikus legalább olyan mélységig ismerje saját magát, mint amilyen mélyre a páciens el szeretné juttatni, illetve amilyen mélyre – a változás elérése érdekében – a páciensnek el kell jutnia. A negyedik szakaszban a követelmények tovább szigorodtak, aminek megfelelően a pszichoanalitikus-képzésért akkoriban felelős nemzetközi bizottság az 1927-es innsbrucki kongresszuson megfogalmazta azt a kritériumot, hogy az analitikusnak mélyebb önismerettel kell rendelkeznie, mint a hozzá járó páciensnek (Kovács, 1936). Ez eleinte az ödipális, később pedig egyre inkább a preödipális, illetve preverbális régiók feltárását, átdolgozását jelentette. Ez utóbbi szakaszban a kiképző analízisekhez egyre inkább egyfajta „szuperterápiás” követelmény társult, nevezetesen az az elvárás, hogy az analízis kvázi tökéletes legyen.

A „szuperterápia” követelménye három forrásból származhat. Sokszor tapasztalható, hogy tartós megoldást a látszólag egyszerű problémákra is csak preödipális szintű átdolgozás hozhat, illetve több olyan esettel lehetett és lehet találkozni az analitikus praxisokban, ahol a probléma jellege miatt a preödipális szinttel való munka már a terápia kezdetétől fogva elkerülhetetlennek bizonyult. Másrészt az alternatív terápiák megjelenésével és elterjedésével a pszichoanalízis egyre inkább olyan problémák kezelésére vállalkozik, ahol a hosszú időt igénylő, karakterológiai változások elérése elkerülhetetlen része a problémák megoldásának. Végül azt sem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a pszichoanalízis szakmai önállósodásával és elterjedésével egyre több olyan ember választotta ezt a hivatást, akinek jelentős és alapos önismereti-terápiás munkára volt szüksége ahhoz, hogy embertársa lelkének útvesztőiben történő bolyongás során saját lelkének csapdáiban el ne vesszen.

A fenti négy szakaszon kívül Bálint (1954) említ még egy ötödik, kutató fázist is, amelyet nem a szuperterápia tökéletességigénye, hanem egyfajta kísérletező hangvétel ural. Ez a fázis talán jelzi a tapasztalatot, hogy a legalaposabb kiképző analízistől sem lehet elvárni, hogy minden lelki bajából kigyógyítsa a jelentkezőt, és talán nem is kívánatos ez. Az emberi természet lényege az esendőség, és ennek elfogadása helyett egyfajta tökéletesség hajszolása csak torz eredményre vezet. Bálint (1948) megfogalmazása szerint az idealizált felettes énnel történő azonosulás, illetve annak transzgenerációs átörökítése helyett egy rugalmas és kritikus, felfedező szellemiségű én kialakítására kell törekedni, amely a további személyes és szakmai fejlődés záloga.

Mivel a kritikus és kutató szellem természetesen legkérdőjelezi meg a kétszen kapott gyakorlatot, nem meglepő, hogy a kiképző analízisek történetének hatodik, mai napig eltartó fázisa a viták korszaka, amelyek során az analitikusképzés e lényeges eleme sokszor alapjaiban kérdőjeleződik meg. Az álláspontok polarizálódása az 1970-es években már nyíltan tetten érhető (Wallerstein, 2010). Az egyik oldalon megfogalmazódik a vélemény, hogy a kiképző analízis fontos eleme az oktatási tapasztalat, míg a kiképző analitikusnak feladata, hogy ezt az oktató, mintaadó és néha felmérő szerepet, jó szülő módjára, indokolt esetben a kandidátus felé felvállalja (Fleming, 1973). A másik, ezzel ellentétes álláspont szerint (Kairys, 1964) a kiképző analízis mint képzési modul nem hatékony, a kandidátus sajátélmény-tapasztalatát el kell választani a képzéstől.

A kiképző analízissel és a kiképző analitikus státusszal kapcsolatos tapasztalatok

Az utóbbi évtizedek a pszichoanalízis számára kedvezőtlen változásokat hoztak. A nyugati társadalmakban a pszichoanalízis elfogadottsága az egészségügyi szolgáltató rendszerekben és a pszichoanalízis mint szakma iránti érdeklődés az utánpótlás vonalán erősen lecsökkent. Félő, hogy a 21. században a pszichoanalízis gyakorlata tovább veszít jelentőségéből a mentális egészségügyben, és jobb esetben kulturális megtermékenyítő erőként, rosszabb esetben pedig csupán történeti kuriózumként marad fenn. A belső okok között a pszichoanalitikus intézményi szerkezetet, kiváltképp pedig a kiképző analitikus státusz torzító hatását szokás elsőként említeni (Schmelowszky & Danics, 2015).

A kiképző analitikus státuszról fakadó nehézségek oka, hogy a kiképzőség létrehozhatja és konzerválhatja az analitikus szervezet többi tagjában az idealizációt: „A képzők azok, akik nyilván a legjobban tudják, mit és hogyan kell csinálni.” És mivel a kiképző egyben többféle funkciót betöltő szenior is, ezért megkérdőjelezhetetlensége a legkülönbözőbb szerepkörökre rávetül. Márpedig erősen kérdéses, hogy valaki éppoly jó terapeuta, oktató és szupervízor legyen, mint amennyire jó vizsgáztató, a szakmát kifelé képviselő „követ”, döntéshozó vagy az analitikus intézményt működtető „bürokrata”. Az inkompetencia élménye és tapasztalata pedig – egészséges önkritika, őszinte kommunikáción és bizalmon alapuló szervezeti működés híján – csak tovább növelheti az idealizációt.

Egyfajta ördögi kör ez, mivel az idealizáció és az ebből is fakadó függőségi viszonyok bénítják a kritikai gondolkodást és az eltérő nézetek artikulálódását, továbbá megnehezítik, hogy a megfelelő szerepkörre valóban a megfelelő ember kerüljön. Az életfogytig tartó kiképző státusz ezáltal könnyen eredményezheti a patológiás csoportfolyamatok felerősödését (Kernberg, 2014).

Fel kell tennünk a kérdést, hogy mi indokolja a kiképző analitikus státusz fenntartását. Lehetnek-e a kiképző analíziseknek olyan vonatkozásai, amelyek a nem kiképző analízisekhez képest speciális érzékenyítést, szakértelmet, tapasztalatot követelnek?

Mint láttuk, már aránylag korán megfogalmazódott az a nézet, hogy a kiképző analízisnek alaposabbnak kell lennie, mint a nem képzési céllal folytatott analízisnek, hiszen a páciensek rejtett karaktervonásokat aktiválhatnak a terapeuta felé, amelyeket át kell dolgozni (Kovács, 1936). Anna Freud álláspontja szerint a kiképző analízisnek feladata még a terápiás hatáson túl az is, hogy az analitikus technikát demonstrálja, és érzékenyítse a kandidátust a lelki történések iránt,

illetve – miként Fenichel fogalmaz –, a kandidátus tudattalanját megtisztítsa azért, hogy az jó munkaeszközzé váljon (Wallerstein, 2010).

Ugyanakkor a kiképző analízis különleges nehézséget is jelent. Ezt a nehézséget most három lépésben, a kandidátus, a kiképző analitikus, végül pedig a képzési analízis folyamatának szempontjából mutatom be.

A kandidátus nézőpontjából a kiképzővel való reális viszony, amely a közös szakmai körből, jövőképből és egyfajta, a szakma műveléséből fakadó, közös értékrendből következik, torzíthatja a terápiás viszonyt. Ez a torzulás megnehezítheti vagy akár el is lehetetlenítheti az analitikussal történő neurotikus (infantilis) azonosulás átdolgozását, az azonosulás reális és infantil-átvételi elemeinek keveredése miatt. A keveredés által az analitikusnak nehéz tisztán látni; a vakfoltok és kölcsönös idealizációk a kandidátus személyiségének fontos részeit érintetlenül hagyhatják. Az ezáltal átdolgozatlanul maradt áttétel pedig az analízisről és az analitikusról történő leválást lehetetleníti el (Kairys, 1964). Egy neves kiképzővel folytatott analízis idealizált, irigyelt tevékenység is lehet, amelynek aurája még az analízis lezárása után is sokáig befolyásolhatja a kandidátust (Wilson, 2010). Az idealizáció és az át nem dolgozott infantil áttételi elemek a későbbiekben beépülhetnek az intézmény működésébe (Kirsner, 2010), erősítve a patológiás csoportfolyamatokat, miként arra fentebb utaltam (Kernberg, 2014).

Az analitikusszervezeten belüli patológiás hangulathoz hozzájárulhat a kandidátusok egymás közötti versengése is (Kairys, 1964). További problémát jelenthet a kandidátus számára, hogy úgy érezheti, az analitikus megválasztásában, valamint az analízis során elvárt és kívánatos szabad asszociációkban valójában nem szabad. Figyelembe kell vennie, illetve tudattalan vagy akár tudatelőttes-tudatos módon befolyásolhatják a karrierszemponatok abban, hogy kit választ, és abban is, hogy mit mond, és mit nem mond el az analízisében (Richards, 2010). Problémát jelent továbbá, hogy ha nem kiképzőhöz járt, akkor előbb-utóbb, amennyiben analitikus akar lenni, terapeutát kell váltania (Wilson, 2010). Ez torzíthatja a lezárási folyamatot, a lezárás miatti gyász megjelenését és átdolgozását, illetve az épp folyó és a majd képzési céllal választott analízis hangulatát. Mivel előfordul, hogy valakiben épp az analitikus folyamat során érik meg az elhatározás, hogy maga is analitikus legyen, ezért ha épp nem kiképzőhöz jár, akkor karrierjét is meghatározó dilemmába kerülhet. A probléma kiképzők oldaláról megfogalmazott, torzító hatása abban nyilvánulhat meg, hogy valaki csak azért akar kiképzővé válni, hogy a hozzá járóknak a képzésről igazolást adhasson. Tekintve, hogy a kiképző státusz egyéb funkciók betöltésére is jogosítja viselőjét, illetve valamiféle reprezentatív címet is jelent a szervezeten belül és a külvilág számára, nem szerencsés, ha valakit csak ilyen praktikus motivációk hajtanak a kiképzővé válás útján.

A kiképző oldaláról jelenthet a képzési pácienssel folytatott munka egyfajta narcisztikus nyomást, mivel a kandidátust más kollégák is látják, és ez néha olyan érzést kelt, mintha az analitikus diád egyfajta kirakatban dolgozna (Calef & Weinschel, 1980). Általánosságban felmerül, hogy az analitikusintézmény különböző módokon mintegy behatol a terápiás térbe (Orgel, 2002), és megnehezíti a terápiás munkát. Idetartozik az is, hogy az intézményesült kiképző analízis formalizált jellege és előre meghatározott célja miatt megnehezítheti a kandidátus valódi motívációinak felderítését és az analitikus készségek kialakulását (Meyer, 2017). Fontos témák analizálatlanul maradhatnak (Pyles, 2017). További nehézséget jelent, hogy az elméletileg elég jól képzett kandidátus mindent elkövethet, hogy a normalitás hangulatát, a „neurotikus spektrum” érzetét a folyamatban fenntartsa (Gitelson, 1954). Végezetül a kiképző sem mindig mentes az ödipális irigységtől a kandidátus sikerével, vagy akár fiatalságával szemben. Ha ezek az érzések a kiképzőben kezeletlenül maradnak, az megnehezíti a lezárást, és a lezárás után a szükséges mértékű absztinencia fenntartását (Orgel, 2002).

Végezetül, mivel a képzés során a tudattalan folyamatokban is igyekszünk minél jobban változást elérni, ezért nagy erejű, irracionális folyamatok aktiválódnak, amelyek teljes átdolgozására nem mindig adódik lehetőség. Átdolgozatlanul maradvák ezek könnyen tevődnek át az intézményes működésre, egyfajta intézményes mitológia vagy idealizált „családi románc” formájában (Arlow, 1972; Berman, 2017). Létrejönnek a megkérdőjelezhetetlen tanításokat hordozó pszichoanalitikus mesterek és iskolák.

A képzés ilyenkor a beavatási rítus hangulatát öltheti, amelynek célja az idealizált – kiképző – tárgyjal történő azonosulás lesz. Ez az azonosulási vágy táplálja a „családi románc” érzetét, amelyben a tökéletes kiképző védettséget nyújt, és a csoporthoz tartozás a kiválasztottság érzetét kelti. Ez az érzés azáltal jön létre, hogy a negatív részek lehasadnak, a személyiség rugalmatlanná, a tapasztalatokból való tanulásra, kritikai gondolkodásra, valódi (nem alárendelődesen alapuló) együttműködésre alkalmatlanná válik, vagy az marad. Ezek a lélektani folyamatok a terápiás folyamat és a képzés lezárulását követően is fennmaradhatnak. Kialakulhat ezáltal az *ingroup*nak – esetünkben egy analitikusiskolának vagy az analitikusok közösségének – az idealizálása, és az *outgroup* – például más terápiás irányzatok képviselői, más analitikus csoporthoz vagy iskolához tartozók – leértékelése, esetleg démonizálása. Az is előfordulhat, hogy a nem teljesen feldolgozott áttétel maradványa a lezárt terápia után az analitikusintézményre, annak funkcióban levő tagjaira vagy prominens képviselőire irányul, akikkel aztán lehet azonosulni, vagy ellenük lázadni, végül pedig – akár mindent leértékelve – kiábrándulni. Mindezek miatt a pszichoanalitikus csoport könnyen szekta hangulatát keltheti

a kívülálló – például más pszichoterápiás irányzat képviselőinek – szemében, és elszigetelődhet (Kernberg, 2018).

Úgy tűnik, a kiképző analitikus narcisztikus problematikájától függetlenül azért is nehéz a kiképző analízisekben érzékelni és átdolgozni az idealizációt, mert az sokszor nem nélkülözi a realitást (Arlow, 1972). Hisz kétségtelen, hogy a pszichoanalízis egy nagyon fontos és sokak számára érdekes és hasznos tevékenység, és az is igaz, hogy a pszichoanalitikusok között találunk elkötelezett, jó szándékú és kivételes képességű embereket is, akik sokszor kimagasló teljesítményt nyújtanak. Az idealizációt tovább erősítheti a kiképző analitikus anonimitása, nevezetesen az, hogy a kandidátusok sokszor nem látják, hogyan is dolgozik vagy gondolkodik valójában egy kiképző analitikus (Kernberg, 2016).

A fentiekből következik, hogy a kiképző analízisekben külön figyelemnek kell fordulnia az analízishez kapcsolódó idealizáció átdolgozására, amely segíthet egy rugalmas, kritikai reflexióra és önreflexióra képes, ugyanakkor a pszichoanalízis iránt elkötelezett beállítódás kialakításában. Ez azért szükséges, mert a pszichoanalitikusok közössége és a pszichoanalitikus szakma elmélete és gyakorlata csak az analízis művelőinek kreatív, kritikus és elkötelezett munkája nyomán maradhat élő és értékteremtő a változó kihívások közepette is.

Nehéz egyensúlyról van tehát a kiképző analízisekben szó, amelyben a képzési analízisek és a nem képzési céllal folytatott analízisek közötti különbség megragadhatóvá válik. Arra gondolok, hogy míg a nem képzési analízisek esetében az áttétel feloldása során a páciens internalizál valamennyi pszichoanalitikus funkciót mintegy saját használatra, de ettől és valamennyi, idővel halványuló jó emléktől eltekintve lényegében szabadon távozik a pszichoanalízisből, addig a képzési analízisbe járó kollégának úgy kell a terápia lezárulásával felszabadulnia saját analitikusának hatása alól, hogy közben a szakma művelésének belső mintázatát és a szakma iránti elköteleződés több elemét is továbbviszi majd reális életébe. Épp ezért a kiképző analitikusra az analízis lezárását követően is nagy felelősség hárul a tekintetben, hogy hogyan viszonyul a már egyenrangú kollégává vált korábbi analizáltjához akkor, amikor egy és ugyanazon analitikus intézmény munkatársaként üdvözlik egymást majd a szakmai hétköznapiakban.

A kiképző pszichoanalitikus státusz az IPA által elfogadott három képzési rendszer közül csak az Eitingon-féle formát jellemzi. Az Eitingon-modell a legrégebb és leginkább elterjedt, a magyarországi pszichoanalitikus-képzés is ezt követi. A másik két rendszer, a francia és az uruguayi ennek kritikájaként jött létre és vált elfogadottá anélkül, hogy az egyes képzési rendszerek előnyei és hátrányai bármilyen szisztematikus vizsgálat tárgyát képezték volna (Kernberg, 2016).

Az Eitingon-modell a kiképző analízist a hivatalos képzési rendszer részének tekinti, végzését kizárólag a képzésért egyébként is felelős szervezeti tagokra – a kiképző analitikusokra – ruházza. A kiképző analitikus szervezeten belüli hatalma ezáltal megnőhet, és mivel a kiképzők tudását, terápiás-oktatói rátermettségét a kiképző státusz elnyerését követően általában már nem ellenőrzi senki, ezért a képzés könnyen torzulhat, színvonala csökkenhet. Továbbá, mivel a kiképző analitikus státusz egyes országokban a stabil analitikus praxis biztosítását is jelenti, így ez valódi anyagi és hatalmi tényezővé válhat, amelynek elnyerése egyéni szimpátiák vagy csoportérdekek függvénye is lehet (Kernberg, 2016).

Az Eitingon-moddellel szemben létrejött másik két megoldás sem tudja teljesen kiküszöbölni annak a helyzetnek a nehézségét, hogy valaki úgy kíván személyiségében változni (gyógyulni), hogy közben maga is a mesterség gyakorlójává igyekszik válni.

Nem megválaszolt tehát továbbra sem a kérdés, hogy vajon kiképző kell-e ahhoz, hogy a kiképző analízisekhez szükséges külön figyelem a terápiában megjelenjen, vagy a kiképző státusz – illetve képzési, sajátélmény-helyzet – épp gátolja a képzési sajátosságokból fakadó viszontáttétel felismerését, átdolgozását.

A szakirodalomban négyféle választ találtam erre a kérdésre:

1. Mivel a kiképző analízisnek sajátos területeket is érintenie kell, szükséges, hogy erre külön motivált és érzékenyített kollégákra háruljon a képzési feladat. A kiképző szerep, státusz tehát valamilyen formában elkerülhetetlen (Blum, 2017).
2. Maga a képzési-sajátélmény-helyzet és kiképzők csoportjának ebből következő megjelenése káros. Az analitikus saját élményre szükség van, de biztosítani kell, hogy ezt bárki megadhassa, aki megfelelő szintű – mondjuk, ötéves praxison alapuló – analitikus tapasztalattal rendelkezik (Kernberg & Michels, 2017).
3. A kandidátus kötelezően vegyen részt egy rövidebb, előírt óraszámú (200-400 órás) kiképző analízisben. Ennek befejeztével a további terápiás óraszámnak a jövődöntései analitikus egyéni döntése alapján kell alakulnia (Thomä, 1993, idézi Wallerstein, 2010).
4. A képzési saját élmény teljesen fakultatív kell hogy legyen (Bernfeld, 1962; Lipton, 1988, idézi Wallerstein, 2010). Utóbbi szerint érdemes lenne kipróbálni, hogy rontja-e az analitikusképzés hatékonyságát, ha nem várunk el kötelezően semmilyen sajátélmény-óraszámot a jelentkezőtől. E lehetőség megteremtése mellett szól, hogy a pszichoanalízis

történetében több jelentős analitikus is működött, akiknek kiképző analízise, ha volt egyáltalán, messze elmaradt a mai képzési standardoktól (Kächele & Thomä, 2000).

Mint látható, a kérdés korántsem eldöntött. A bizonytalanság a pszichoanalízis lényegéből fakad. Nevezetesen abból, hogy a pszichoanalitikus folyamat hosszúsága és összetettsége, továbbá célkitűzéseinek általánossága miatt nagyon nehéz meghatározni, hogy mikor is tekinthető egy pszichoanalízis sikeresnek, illetve hogy mindaz a siker, amit egy pszichoanalízisnek, vagy akár egy időhatár nélküli pszichodinamikus pszichoterápiának tulajdonítunk, valójában a kezelés eredménye-e. Márpedig ha nem tudjuk, hogy pontosan mit is várhatunk a sikeres kezelés hatására, hogyan is tudhatnánk, milyen készségeket kell fejlesztenünk, illetve melyek a leghatékonyabb módszerek és intézményes keretek ennek megvalósítására. A pszichoanalízis a tüneti változás mellett oly sokkal kecsegtet, és oly nagy befektetést kíván páciens-től és terapeutától, tanulótól és oktatótól egyaránt, hogy az elvárások is nagyobbak a kezelési és oktatási hatékonyság terén. A nagyobb befektetés – és az ebből fakadó idealizáció – miatt felfokozott igények sokszor kielégítetlenül maradnak, mivel épp a terápiás és oktatási folyamat komplexitása és hossza, amely az igényeket szüli, nehezíti meg, ha nem lehetetleníti el, hogy egyértelműen megmutassuk, mi hatott mire és hogyan.

Ez az ellentmondás, amelyet a pszichoanalitikus kezelés és oktatás lényegi paradoxonának nevezhetünk, fontos hajtóereje lehet a kutatásnak és a fejlődésnek.

Zárógondolatok: a pszichoanalízis kihívásai a 21. században

A pszichoanalízis a 20. század szekularizálódó Európájának szülötte. Az az igény hívta életre, amelyet a hagyományos közösségi kötelekekből és a vallásos-mitologikus hiedelemrendszeréből kiszabadult és ezáltal ezek támasztékaitól megfosztott ember élt meg, amikor lelki terheivel és azok sokszor súlyos következményeivel magára maradt. És miközben a szekularizáció és individualizáció létrehozta az igényt, a módszer, amely az igény kielégítésére létrejött, maga is hozzájárult e folyamatok megszilárdulásához. A pszichoanalitikus gondolkodás és ezáltal a mélyebb önismeret igényének terjedése észrevétlenül hatott a demokratizálódási és egyenjogúsítási folyamatokra azokban a társadalmakban, ahol a pszichoanalízis gyökeret tudott verni. Ez lehet az egyik magyarázata annak, hogy mindkét pusztító, 20. századi diktatúra üldözte és elüldözte a pszichoanalízist. Ez részben magyarázhatja továbbá azt is, hogy a pszichoanalízis és általában a pszichoterápiás gondolkodás nem tud gyökeret verni azokban az országokban, ahol a hagyományos, mitologikus-vallásos értékrend és világszemlélet még döntően uralja az emberek gondolkodását és uralkodó mértékben kijelöli a közösségi együttélés kereteit.

A 21. század fordulójára a pszichoanalízis láthatóan jelentősen veszített erejéből azokban az országokban, ahol egyáltalán meg tudott honosodni. Társadalomátalakító, felvilágosító funkcióját jelentős mértékben betöltötte, kulturális üzenete beépült a közgondolkodásba, szimbólumai és fogalmai sok szempontból közkinccsé váltak. Ez persze rengeteg félreértésre ad okot, és – már csak emiatt is – ismeretterjesztésre mindig szükség van, de ez már nem valamilyen új, bevilágító, fontos igazság megfogalmazását, hanem a közismert terjesztését és pontosítását jelenti.

A pszichoanalízis mint gyógyító diszciplína területe is egyre inkább korlátozódni látszik. A mentális egészségügyből kivonulva szinte teljesen a magánpraxis keretei közé szorult vissza. Ezáltal hatása a legtöbbször csak másodlagosan, leginkább a mentális egészségügyben dolgozók pszichoterápiás (de nem pszichoanalitikus!) képzésén keresztül érződik.

Ugyanakkor a 21. század új kihívásokat is hozott a pszichoanalízis számára. A nemi identitás fellazulása és a nemi átalakítás lehetőségének terjedése sok szempontból kikezdi a normalitásról eddig vallott fogalmainkat. A pszichoanalitikus közösség megosztott a kérdésben (Blass, 2020; Bell, 2020; Saketopoulou, 2020). A változás hatását jelzi, hogy a nemzetközi pszichoanalitikus-közösség hagyományos, reprezentatív folyóiratában (*International Journal of Psychoanalysis*) az utóbbi időben többször találkozhattunk a bináris nemi megosztottságot elutasító személyes névmás, a *they* használatával egyes számban is.

Az utóbbi évek súlyos politikai válságaira, a háborús konfliktusok és a környezeti katasztrófa veszélyeire (Schmelowszky, 2022), továbbá a mesterséges intelligencia miatt megjelenő kihívásokra is folyamatosan születnek pszichoanalitikus reflexiók (Millar, 2021).

Új kihívás még az online folytatott analízisek megítélése (Gyimes & Schmelowszky, 2020). Ez a Covid-világjárvány kapcsán kapott nagyobb hangsúlyt, amikor is sokan kénytelen-kelletlen megtapasztalták az online folytatott terápiák lehetőségeit és korlátait. A nemzetközi pszichoanalitikus-közösségen belül a vita a képzési analízisek miatt robbant ki, és hasadással fenyegeti az IPA-t. A korábbi képzési gyakorlat is lehetőséget adott online analízisre, de azt külön engedélyhez kötötte, és jelentős számú személyes találkozást is előírt. Ennek a szabályozásnak bármilyen megváltoztatása abba az irányba, hogy az online analízisek és oktatási modulok – szemináriumok és szupervíziók – hivatalosabb elfogadásban részesüljenek, sok analitikusban félelmet kelt. Az álláspontok polarizálódni látszanak. A konzervatívabb pszichoanalitikusok a pszichoanalízis lényegét féltik attól, hogy a nem személyes találkozásokon alapuló képzési pszichoanalízisek és képzési modulok hivatalos és automatikus elfogadást nyerjenek. Úgy érvelnek, hogy a résztvevők testi jelenléte egy alapos pszichoanalitikus munka számára elengedhetetlen tudatalan folyamatok működését facilitálja. A liberálisabb beállítottságúak csoportja pedig attól tart, hogy ha a pszichoanalízis ragaszkodik a személyes találkozásokhoz, akkor ez tovább növeli a terápia iránti érdeklődés csökkenését és a módszer izolációját. Az online képzési analízisekről folytatott viták ugyanakkor látványosan nem érintik a nem képzési analízisek kérdését, a képzési és nem képzési analízisek egymáshoz való viszonyát. Nevezetesen azt, hogy tehát akkor miben kell különböznie a képzési és nem képzési analízisnek egymástól.

Fontos vitatott téma még a nemzetközi szervezet, az IPA státusza. Kiket enged be a tagjai közé, illetve a pszichoanalízis ügye iránt különböző szempontokból elkötelezett személyeket és szervezeteket tömörítő, vagy inkább egy egységes értékrendet és képzési standardot nyújtó szervezet legyen-e? Ez a kérdés azért is merül fel, mert több olyan, magát pszichoanalitikusnak valló csoportosulás is létezik a világon, amelyek képzési követelményei nem egyeznek az IPA standardjaival, mégis szeretnének az IPA jól működő, nemzetközi szervezetének tagjai lenni.

A nehézségek dacára és a kihívásokkal együtt úgy tűnik, a pszichoanalízis gyakorlata és elméletei hordozzák az önfogadáson és empátián alapuló, harmonikus élet lehetőségét. Márpedig ez egy olyan lehetőség, amelyre nem kevésbé van szükség most, mint a 20. század elején, a pszichoanalízis létrejöttékor volt. És bár az életritmus sok szempontból felgyorsult, és talán gyorsabban változik, mint az emberiség korábbi korszakaiban, az egészséges lelki fejlődéshez láthatóan éppúgy szükségünk van a tartós kötődésekre, mint a 20. század kezdetén vagy akár évszázadokkal ezelőtt. Mindezek miatt, minden nehézsége és ellentmondásossága ellenére, a pszichoanalízis művelése továbbra is hasznos és nemes feladat.

Irodalomjegyzék

- Abraham, G. (1976). The Sense and Concept of Time in Psychoanalysis. *International Review of Psycho-analysis*, 3, 461–472.
- Abraham, K. (1908). Die psychosexuellen Differenzen der Hysterie und der Dementia preacox. In J. Cremerius (Ed.) *Psychoanalytische Studien* (2.). Psychosozial-Verlag, 1998, 132-145.
- Abraham, K. (1921). Beitrag zur „Tic-Discussion“. In J. Cremerius (Ed.) *Psycho-Analytische Studien*. Psychosozial-Verlag, 1998, 64-68.
- Aisenstein, M., & Smadja, C. (2010). Conceptual Framework from the Paris Psychosomatic School: A Clinical Psychoanalytic Approach to Oncology. *IJPA*, 91, 621–640. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00256.x>
- Akhtar, S. (1984). The Syndrom od Identity Diffusion. *Am. Journal of Psychiatry*, 141, 1381–1385. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.11.1381>
- Akhtar, S. (1992). *Broken Structures: Severe Personality Disorders and Their Treatment*. Jason Aronson.
- Allen, A. (1971). The fee as a therapeutic tool. *Psychoanalytic Quarterly*, 40, 132–140. <https://doi.org/10.1080/21674086.1971.11926555>
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2015). Trauma. In P. Luyten et al. (Eds.) *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology* (pp. 165–198). The Guilford Press.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Oriold és Tsai, 2011.
- Altman, L. L. (1957). The waiting syndrome. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 508–518. <https://doi.org/10.1080/21674086.1957.11926071>

- Amerikai Pszichiátriai Társaság (2013). *DSM-5: referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Oriold és Tsai.
- Amerikai Pszichiátriai Társaság (2014). *DSM-5: referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Oriold és Tsai.
- Argelander, H. (1970). *Az első pszichoterápiás interjú*. Animula, 2016.
- Arlow, J. A. (1972). Some Dilemmas in Psychoanalytic Education. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 20, 556–566.
<https://doi.org/10.1177/000306517202000310>
- Arlow, J. A. (1984). Disturbances of the Sense of Time: With Special Reference to the Experience of Timelessness. *Psychoanalytic Quarterly*, 53, 13–37.
<https://doi.org/10.1080/21674086.1984.11927060>
- Balint, M. (1948). On the Psycho-Analytic Training System. *IJPA*, 29, 163–173.
- Balint, M. (1954). Analytic Training and Training Analysis. *IJPA*, 35, 157–162.
- Baranger, M., & Baranger, W. (1961–1962/2008). The Analytic Situation as a Dynamic Field. *IJPA*, 89, 795–826.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00074.x>
- Baranger, M., Baranger, W., & Mom, J. (1983). Process and Non-Process in Analytic Work. *IJPA*, 64, 1–15.
- Barkley, R. A. (2012). *Executive Functions: What Are They, How They Work, and Why They Evolved?* The Guilford Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198527664.001.0001>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2001). *A depresszió kognitív terápiája*. Animula.
- Bell, D. (2007). Existence in time: development or catastrophe? In R. J. Perelberg (Ed.) *Time and Memory* (pp. 65–84). Karnac.
- Bell, D. (2020). First do no harm. *IJPA*, 101, 1031–1038.
<https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1810885>
- Bergler, E., & Róheim, G. (1946). Psychology of Time Perception. *Psychoanalytic Quarterly*, 15, 190–206. <https://doi.org/10.1080/21674086.1946.11925639>

- Berman, E. (2017). Change from Within in a Traditional Psychoanalytic Institute. In P. Zagermann (Ed.) *The Future of Psychoanalysis: The Debate About the Training Analyst System* (pp. 1–34). Karnac.
<https://doi.org/10.4324/9780429481871>
- Bernfeld, S. (1962). On Psychoanalytic Training. *Psychoanalytic Quarterly*, 31, 453–482. <https://doi.org/10.1080/21674086.1962.11926258>
- Bion, W. R. (1956). Development of Schizophrenic Thought. *IJPA*, 37, 344–346.
- Bion, W. R. (1957). Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities. *IJPA*, 38, 266–275.
<https://www.tandfonline.com/toc/upaq20/82/2?nav=tocList>
- Bion, W. R. (1959). Attacks on Linking. *IJPA*, 40, 308–315. *Psychoanalytic Quarterly*, 82 (2013), 2. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2013.00029.x>
- Bion, W. R. (1962a). *Learning from Experience*. Karnac.
- Bion, W. R. (1962b). The Psycho-Analytic Study of Thinking. *IJPA*, 43, 306–310.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*. Karnac, 1984.
<https://doi.org/10.4324/9780429472107>
- Birksted-Breen, D. (2003). Time and the après-coup. *IJPA*, 84, 1501–1515.
<https://doi.org/10.1516/1DM9-6X63-248B-U5F6>
- Black, D. M. (2006). The case for a contemplative position. In D. M. Black: *Psycho-analysis and Religion in the 21st Century: Competitors or Collaborators?* (pp. 63–80.) Routledge, 2007.
<https://doi.org/10.4324/9780203929551>
- Blass, R. B. (2020). Introduction to “Can we think psychoanalytically about transgenderism?”. *IJPA*, 101, 1014–1018.
<https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1818967>
- Blass, R. B., & Carmeli, Z. (2007). The case against neuropsychanalysis: On fallacies underlying psychoanalysis’ latest scientific trend and its negative impact on psychoanalytic discourse. *IJPA*, 88, 19–40.
<https://doi.org/10.1516/6NCA-A4MA-MFQ7-0JTJ>
- Blass, R. B., & Carmeli, Z. (2015). Further evidence for the case against neuropsychanalysis: How Yovell, Solms and Fotopoulou’s response to our critique confirms the irrelevance and harmfulness to psychoanalysis of the contemporary neuroscientific trend. *IJPA*, 96, 1555–1573.
<https://doi.org/10.1111/1745-8315.12449>

- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of Experience: Relatedness and Self-Definition in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11749-000>
- Bleger, J. (1966). Psycho-analysis of the psycho-analytic frame. *IJPA*, 48, 511–519.
- Blum, H. P. (2017). Training Analysis and the Psychoanalytic Institute. In P. Zagermann (Ed.) *The Future of Psychoanalysis: The Debate About the Training Analyst System* (pp. 35–52). Karnac. <https://doi.org/10.4324/9780429481871>
- Bollas, C. (2016). *When the Sun Bursts: the Enigma of Schizophrenia*. Yale University Press.
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-11899-0>
- Bonaparte, M. (1940). Time and the Unconscious. *JPA*, 21, 427–468.
- Botella, C. (2014). On Remembering: The Notion of Memory without Recollection. *IJPA*, 95, 911–936. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12220>
- Bourdin, D. (2022). Masochism. *IJPA*, 103, 1073–1088. <https://doi.org/10.1080/00207578.2022.2133099>
- Bowlby, J. (1953). *Child Care and the Growth of Love*. Pelican.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (1). Attachment. Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss* (2). Separation. Basic Books.
- Bowlby, J. (1981). *Attachment and Loss* (3). Loss, Sadness, and Depression. Basic Books.
- Böker, H., Hartwich P., & Northoff, G. I. (Eds.) (2016). *Neuro-psychodynamische Psychiatrie*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-47765-6>
- Brent, B. (2009). Mentalization-Based Psychodynamic Psychotherapy for Psychosis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 803–814. <https://doi.org/10.1002/jclp.20615>
- Brewin, Ch. R. (2014). *Cognitive Foundations of Clinical Psychology*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315857015>

- Bromberg, Ph. M. (2008). Shrinking the Tsunami: Affect Regulation, Dissociation, and the Shadow of the Flood. *Contemporary Psychoanalysis*, 44(3), 329–350. <https://doi.org/10.1080/00107530.2008.10745961>
- Bronstein, A. A. (2022). Introduction to ‘working as an analyst with trauma’. *IJPA*, 103, 639–640. <https://doi.org/10.1080/00207578.2022.2060479>
- Bronstein, C. (2022). Reflections on masochism: An introduction. *IJPA*, 103, 1025–1037. <https://doi.org/10.1080/00207578.2022.2139355>
- Buda, B. (2011). *Az elme gyógyítása: Kritikus pillantások egy különös orvosi szakterületre*. Háttér Kiadó.
- Busch, F. (2014). *Creating a Psychoanalytic Mind: A Psychoanalytic Method and Theory*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315888251>
- Busch, F. (2019). *The Analyst’s Reveries: Explorations in Bion’s Enigmatic Concept*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429026355>
- Calamandrei, S. (2022). Where the Id was, the shared ego must now be: the acquisition of symbolic function, language and conscious. *IJPA*, 103, 761–785. <https://doi.org/10.1080/00207578.2022.2049005>
- Calef, V., & Weinschel, E. M. (1980). The Analyst as the Conscience of the Analysis. *IJPA*, 7, 279–290.
- Campbell, W. H., & Rohrbaugh, R. M. (2006). *The Biopsychosocial Formulation Manual: A Guide for Mental Health Professionals*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203956489>
- Carmeli, Z., & Blass, R. B. (2013). The case against neuroplastic analysis: A further illustration of the irrelevance of neuroscience to psychoanalysis through a critique of Doidge’s *The Brain that Changes itself*. *IJPA*, 94, 391–410. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12022>
- Carrington, A. (2015). *Money as emotional currency*. Karnac. <https://doi.org/10.4324/9780429477324>
- Cartwright, R. D. (2010). *The Twenty-four Hour Mind: The Role of Sleep and Dreaming in Our Emotional Lives*. Oxford University Press.
- Carvalho, S., Martins, C. P., Almeida, H. S., & Silva, F. (2017). The Evolution of Cognitive Behavioral Therapy: The Third Generation and its Effectiveness. *European Psychiatry*, 41, 5773–5774. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1461>

- Casement, P. (1985). *Páciensektől tanulva*. Animula, 1999.
- Churcher, J. (2008). Some Notes on the English Translation of The Analytic Situation as a Dynamic Field by Willy and Madeleine Baranger. *IJPA*, 89, 785–793. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00073.x>
- Churcher, J. (2024). The Psychoanalytic Setting: José Bleger's *encuadre*. *IJPA*, 105, 216–233. <https://doi.org/10.1080/00207578.2024.2327241>
- Cicogna, P., Natale, V., Occhionero, M., & Bosinelli, M. (2000). Slow wave and REM sleep mentation. *Sleep Research Online*, 3(2), 67–72.
- Clarkin, D. A., Hollifield, M., Leahy, R., & Beck, J. S. (2009). Theory of Cognitive Therapy. In T. Gabbard (Ed.) *Textbook of Psychotherapeutic Treatments* (pp. 165–200). American Psychiatric Publishing.
- Cramer, Ph. (2006). *Protecting the Self: Defence Mechanisms in Action*. The Guilford Press.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*. Vintage Publishing, 2006.
- Danquah, A., & Berry, K. (Ed.) (2014). *Attachment Theory in Adult Mental Health: A Guide to Clinical Parctice*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315883496>
- de Bernardi, B. d. L. (2008). Key Paper: The Analytic Situation as a Dynamic Field. Introduction to the Paper by Madeleine and Willy Baranger: The Analytic Situation as a Dynamic Field. *IJPA*, 89, 773–784. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00072.x>
- de Maat, S., de Jonghe, F., de Kraker, R., Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Barber, J. P., Van, H., & Dekker, J. (2013). The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: A meta-analytic approach. *Harvard Review of Psychiatry*, 21, 107–137. <https://doi.org/10.1097/hrp.0b013e318294f5fd>
- Debbané, M., Salaminios, G., Luyten, P., Badoud, D., Armando, M., Solida-Tozzi, A., Fonagy, P., & Brent, B. K. (2016). Attachment, Neurobiology, and Mentalizing along the Psychosis Continuum. The Interface between Neuroscience and Neuro-Psychoanalysis: Focus on Brain Connectivity. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00406>
- DiBella, G. A. W. (1986). Money Issues That Complicate Treatment. In D. W. Krueger (Ed.) *The Last Taboo: Money as Symbol and Reality in Psychotherapy and Psychoanalysis* (pp. 102–110). Brunner/Mazel.

- Diem-Wille, G. (2017). *Psychoanalytic Perspectives on Puberty and Adolescence: The Inner World of Teenagers and their Parents*. Routledge. 2021.
<https://doi.org/10.4324/9781003142676>
- Domash, L. (2010). Unconscious Freedom and the Insight of the Analyst: Exploring Neuropsychological Processes Underlying “Aha” Moments. *Journal of American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38, 315–339. <https://doi.org/10.1521/jaap.2010.38.2.315>
- Domhoff, G. W. (2005a). Refocusing the Neurocognitive Approach to Dreams: A Critique of the Hobson Versus Solms Debate. *Dreaming*, 15, 3–20.
<https://doi.org/10.1037/1053-0797.15.1.3>
- Domhoff, G. W. (2005b). The content of dreams: Methodological and theoretical implications. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.) *Principles and Practices of Sleep Medicine* (pp. 522–534). W. B. Saunders.
<https://doi.org/10.1016/B0-72-160797-7/50049-5>
- Eagle, M. N. (2018a). *Core Concepts in Classical Psychoanalysis: Clinical, Research Evidence and Conceptual Critiques*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315731469>
- Eagle, M. N. (2018b). *Core Concepts in Contemporary Psychoanalysis: Clinical, Research Evidence and Conceptual Critiques*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315142111>
- Eissler, K. R. (1974). On Some Theoretical and Technical Problems Regarding the Payment of Fee. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 73–101.
- Erikson E. H. (1956). The Problem of Ego Identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 56–121.
- Erikson, E. H. (1982). *The Life Cycle Completed*. WW. Norton&Company, 1998.
- Etchegoyen, H. R. (1991). *The Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. Karnac.
<https://doi.org/10.4324/9780429481864>
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. Routledge, 2001. <https://doi.org/10.4324/9780203129449>
- Ferenczi, S. (1914). Ideges tünetek keletkezése és eltűnése a pszichoanalízis folyamán. In A. Linczényi (Ed.) *Válogatás Ferenczi Sándor tanulmányaiból* (pp. 175–192). Magvető, 1982.
- Ferenczi, S. (1919). Pecunia-olet. In *A pszichoanalízis haladása: érkezők* (pp. 93–95). Dick Manó.

- Ferro, A. (2002). Some Implications of Bion's Thought. The waking Dream and Narrative Derivatives. *IJPA*, 83, 597–607.
<https://doi.org/10.1516/WV5M-TR9T-9HPY-RFVJ>
- Fink, K. (1993). The Bi-Logic Perception of Time. *IJPA*, 74, 303–312.
- Fleming, J. (1973). The training analyst as an educator. *The Annual of Psychoanalysis*, 1, 280–295.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Other Press.
<https://doi.org/10.4324/9780429472060>
- Fosshage, J. L. (1997). Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy: Is There a Meaningful Distinction in the Process? *Psychoanalytic Psychology*, 14(3), 409–425. <https://doi.org/10.1037/h0079733>
- Freeman Sharpe, E. (1937). *Dream Analysis*. The Hogarth Press, 1951.
<https://doi.org/10.4324/9780429473968>
- Freud, S. (1900). *Álomfejtés*. Helikon, 2016.
- Freud, S. (1901). On Dreams. *SE*, 5, 629–686.
- Freud, S. (1905). *A szexualitásról*. Könyvjelező Kiadó, 1992.
- Freud, S. (1910a). Five Lectures on Psycho-analysis. *SE*, 11, 1–56.
- Freud, S. (1910b). The Future Prospects of Psycho-Analytic Therapy. *SE*, 11, 139–152.
- Freud, S. (1911a). Formulations on the Two Principles of Mental Functioning. *SE*, 12, 213–226.
- Freud, S. (1911b). Pszichoanalitikus megjegyzések egy önéletrajzilag leírt paranoia-esethez (Dementia paranoides). Az úgynevezett “Schreber-eset”. In Erős, F. (Ed.) *A patkányember: klinikai esettanulmányok* (pp. 277–340). Cserépfalvi, 1993.
- Freud, S. (1912). Recommendations to Physicians Practising Psycho-Analysis. *SE*, 12, 109–120.
- Freud, S. (1914). On Narcissism: An Introduction. *SE*, 14, 67–102.
- Freud, S. (1915). The Unconscious. *SE*, 14, 159–215.
- Freud, S. (1917). *Bevezetés a pszichoanalízisbe*. Gondolat, 1986.
- Freud, S. (1923). The Ego and the Id. *SE*, 19, 1–66.

- Freud, S. (1925). Some additional notes on dream interpretation as a whole. *SE*, 19, 123–138.
- Freud, S. (1927). Postscript. *SE*, 20, 251–258.
- Fuqua, P. B. (1986). Classical Psychoanalytic Views of Money. In D. W. Krueger (Ed.) *The Last Taboo: Money as Symbol and Reality in Psychotherapy and Psychoanalysis* (pp. 17–24). Brunner/Mazel.
- Gabbard, G. O. (2004). *A hosszú pszichodinamikus pszichoterápia tankönyve*. Oriold és Tsai, 2009.
- Gabbard, G. O. (2014). *A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve*. Oriold és Tsai, 2016.
- Gabbard, G. O. (2016). *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*. American Psychiatric Publishing.
- Garza-Guerrero, A. C. (1981). The Superego Concept: Part II: Superego Development, Superego Pathology, Summary. *Psychoanalytic Review*, 68, 513–546.
- Gedo, J. (1963). A note on non-payment of psychiatric fees. *IJPA*, 44, 368–371.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The Social Biofeedback Theory Of Parental Affect-Mirroring: The Development Of Emotional Self-Awareness And Self-Control In Infancy. *IJPA*, 77, 1181–1212.
- Gerhardt, S. (2004). *A szükséges szeretet: az affektusok hatása a kisgyermek agyfejlődésére*. Oriold és Tsai, 2009.
- Gitelson, M. (1954). Thearpeutic Problems in the Analysis of the ‘Normal’ Candidate. *IJPA*, 35, 174–183.
- Goleman, D. (1995). *Érzelmi intelligencia*. Háttér Kiadó.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie narcissisme de mort*. Minuit.
- Green, A. (2000). The Central Phobic Position: A New Formulation of the Free Association Method. *IJPA*, 81, 429–451.
- Green, A. (2005). The illusion of common ground and mythical pluralism. *IJPA*, 86, 627–632.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvj2xv6>
- Grotstein, J. S. (2000). *Who is the Dreamer and Who Dreams the Dream? A Study of Psychic Presences*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203779927>

- Grotstein, J. S. (2009). Dreaming as a 'Curtain of Illusion': Revisiting the 'Royal Road' with Bion as our Guide. *IJPA*, 90, 733–752.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2009.00155.x>
- Guntrip, H. (1969). *Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self*. International Universities Press. <https://doi.org/10.4324/9780429479724>
- Gyimes, A., & Schmelowszky, Á. (2020). Az elektronikus kommunikációs eszközök segítségével folytatott pszichológiai segítségnyújtás sajátosságairól. *Pszichoterápia*, 29, 267–277.
- Harder, S., & Rosenbaum, B. (2015). Psychosis. In Luyten, P., Mayes, L. C., Fonagy, P., Target, M., & Blatt, S. (Eds.) *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology* (pp. 165–198). The Guilford.
- Hartmann, E. (2011). *The Nature and Function of Dreaming*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199751778.001.0001>
- Hartocollis, P. (1974). Origins of Time: A Reconstruction of the Ontogenetic Development of the Sense of Time Based on Object-Relations Theory. *Psychoanal Quarterly*, 43, 243–261.
<https://doi.org/10.1080/21674086.1974.11926671>
- Hermann, I. (1984). *Az ember ősi ösztönei*. Magvető.
- Hobson, J. A. (2009). REM sleep and dreaming: towards a theory of protoconsciousness. *Nature Reviews, Neuroscience*. 10, 803–814.
<https://doi.org/10.1038/nrn2716>
- Hobson, J. A. (2012). Dream consciousness. In *Behind and Beyond the Brain* (pp. 25–36). Bial, Institution of Public Utility.
- Hobson, J. A., & McCarley, R. W. (1977). The Brain as a Dream State Generator: An Activation-Synthesis Hypothesis of the Dream Process. *The American Journal of Psychiatry*, 134(12), 1335–1348.
<https://doi.org/10.1176/ajp.134.12.1335>
- Hobson, J. A., Pace-Schott, E. F., & Stickgold, R. (2003). Dreaming and the Brain: Toward a Cognitive Neuroscience of Conscious States. In Pace-Schott, E., Solms, M., Blagrove, M., & Harnad, S. (Eds). *Sleep and Dreaming: Scientific Advances and Reconsiderations* (pp. 1–50). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511615511.003>
- Hollós, I. (1927). *Búcsúm a sárga háztól*. Cserépfalvi, 1990.

- Holmes, J. (2001). *The Search for the Secure Base: Attachment Theory and Psychotherapy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315783260>
- Isaacs, S. (1948). The Nature and Function of Phantasy. *IJPA*, 29, 73–97.
- Isakower, O. (1938). A contribution to the patho-psychology of phenomena associated with falling asleep. *IJPA*, 19, 331–345.
- Jacobs, D. H. (1986). On Negotiating Fees with Psychotherapy and Psychoanalytic Patients. In D. W. Krueger (Ed.) *The Last Taboo: Money as Symbol and Reality in Psychotherapy and Psychoanalysis* (pp. 121–131). Brunner/Mazel.
- Jacobson, E. (1964). *The Self and the Object World*. International Universities Press, 1996.
- Jaques, E. (1982). *The Form of Time*. Crane Russak – Heinemann.
- Jiménez, J. P. (1990). Some Technical Consequences of Matte-Blanco's Theory of Dreaming. *IJPA*, 17, 455–469.
- Jiménez, J. P. (2012). The Manifest Dream is the Real Dream: The Changing Relationship Between Theory and Practice in the Interpretation of Dreams. In P. Fonagy, H. Kächele, M. Leuzinger-Bohleber, & D. Taylor (Eds.) *The Significance of dreams: Bridging Clinical and Extraclinical Research in Psychoanalysis* (pp. 31–48). Karnac. <https://doi.org/10.4324/9780429483172>
- Jimenez, J. P. (2017). Unconscious Fantasy (or Phantasy) as Clinical Concept. *IJPA*, 98, 595–610. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12513>
- Jones, E. (1953). *Sigmund Freud élete és munkássága*. Európa, 1973.
- Joseph, B. (1982). Addiction to near-death. *IJPA*, 63, 449–456.
- Kächele, H., & Thomä, H. (2000). On the devaluation of the Eitingon-Freud model of psychoanalytic education. *IJPA*, 81, 806–808.
- Kahn, D. A. (1991). Medication Consultation and Split Treatment During Psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 19, 84–98. <https://doi.org/10.1521/jaap.1.1991.19.1.84>
- Kairys, D. (1964). The Training Analysis – A Critical Review of the Literature and a Controversial Proposal. *Psychoanalytic Quarterly*, 33, 485–512. <https://doi.org/10.1080/21674086.1964.11926324>

- Kalita, L., & Chrzan-Detkos, M. (2017). Effectiveness of psychoanalytic psychotherapies. *Psychotherapia*, 183(4), 5–16.
- Kandel, E. R. (2007). *In Search of Memory: The Emergence of a New Science of Mind*. W. W. Norton and Co.
- Kanzer, M. (1958). Image formation during free association. *The Psychoanalytic Quarterly*, 27, 465–484. <https://doi.org/10.1080/21674086.1958.11926109>
- Kepecs, J. (1952). Waking screen analogous to the dream screen. *The Psychoanalytic Quarterly*, 21, 167–171. <https://doi.org/10.1080/21674086.1952.11925873>
- Kepecs, J. (1954). Observation on screens and barriers in the mind. *The Psychoanalytic Quarterly*, 23, 62–77. <https://doi.org/10.1080/21674086.1954.11925935>
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (2004). *Agressivity, Narcissism and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship*. Yale University Press. <https://doi.org/10.12987/yale/9780300101805.001.0001>
- Kernberg, O. F. (2008). The destruction of time in pathological narcissism. *IJPA*, 89, 299–312. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00023.x>
- Kernberg, O. F. (2014). The Twilight of the Training Analysis System. *Psychoanalytic Review*, 101(2), 151–174. <https://doi.org/10.1521/prev.2014.101.2.151>
- Kernberg, O. F. (2016). *Psychoanalytic Education at the Crossroads: Reformation, change and the future of psychoanalytic training*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315681405>
- Kernberg, O. F. (2018). Otto Kernberg on „Institutional Problems of Psychoanalytic Education.” *PEP/UCL. Top Authors Project*, 1/1, 24. <https://doi.org/10.1177/000306518603400403>
- Kernberg, O. F., & Michels, R. (2017). Thoughts on the present and future of psychoanalytic education. In P. Zagermann (Ed.) *The Future of Psychoanalysis: The Debate About the Training Analyst System* (pp. 141–160). Karnac. <https://doi.org/10.4324/9780429481871>
- Khan, M. (1963). The Concept of Cumulative Trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286–306. <https://doi.org/10.1080/00797308.1963.11822932>

- Kirsner, D. (2010). Training Analysis: The Shibboleth of Psychoanalytic Education. *Psychoanalytic Review*, 97(6), 971–995.
<https://doi.org/10.1521/prev.2010.97.6.971>
- Klein, M. (1935). A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States. In *Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921–1945* (pp. 262–289). Vintage, 1998.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. In *Envy and Gratitude and Other Works 1946–1963* (pp. 1–24). Vintage, 1997.
- Klein, M. (1955). The Psycho-Analytic Play Technique: Its History and Significance. In *Envy and Gratitude and Other Works* (pp. 122–140). Vintage, 1997.
- Klein, M. (1957). Envy and Gratitude. In *Envy and Gratitude and Other Works* (pp. 176–235). Vintage, 1997.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure*. University of Chicago Press.
- Kovács, A., & Váradi, E. (2012). Rehabilitációs szemlélet a pszichiátriai gondozásban: bio-behaviour módszerek és a kognitív rehabilitáció távlatai. In Váradi, E. (Szerk.) *Pszichiátriai gondozási kézikönyv*. Oriold és Tsai.
- Kovács, V. (1936). Training- and Controll-Analysis. *IJPA*, 17, 346–354.
- Kramer, M. (2005). Biology of Dreaming. In T. Lee-Chiong (Ed.) *Sleep: A Comprehensive Handbook* (pp. 31–36). Wiley-Liss.
<https://doi.org/10.1002/0471751723.ch5>
- Krueger, D. W. (1986a). A Self-Psychological View of Money. In D. W. Krueger (Ed.) *The Last Taboo: Money as Symbol and Reality in Psychotherapy and Psychoanalysis* (pp. 24–32). Brunner/Mazel.
- Krueger, D. W. (1986b). Money, Success, and Success Phobia. In D. W. Krueger (Ed.) *The Last Taboo: Money as Symbol and Reality in Psychotherapy and Psychoanalysis* (pp. 3–16). Brunner/Mazel.
- Kuchuck, S. (2009). Do Ask, Do Tell? Narcissistic Need as a Determinant of the Analyst's Self-Disclosure. *Psychoanalytic Review*, 96, 1007–1024.
<https://doi.org/10.1521/prev.2009.96.6.1007>

- Kurtz, S. A. (1988). The Psychoanalysis of Time. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 36, 985–1004.
<https://doi.org/10.1177/000306518803600406>
- Küchenhoff, J. (2018). *Understanding Psychosis: A Psychoanalytic Approach*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351025942>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *A pszichoanalízis szótára*. Akadémiai Kiadó, 1994.
- Laufer, M., & Laufer, M. E. (1984). *Adolescence and Developmental Breakdown: A Psychoanalytic View*. Karnac, 2002.
<https://doi.org/10.4324/9780429471612>
- LeDoux, J. (1998). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. Phoenix, 1999.
- LeDoux, J. (2002). *Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are?* Penguin Books, 2003.
- Levine, H. B. (2024). On the question of the internal frame. *IJPA*, 105, 234–241.
<https://doi.org/10.1080/00207578.2024.2327240>
- Lewin, B. (1946). Sleep, the mouth and the dream screen. *The Psychoanalytic Quarterly*, 15, 419–434. <https://doi.org/10.1080/21674086.1946.11925652>
- Lewin, B. (1955). Dream psychology and the analytical situation. *Psychoanalytic Quarterly*, 24, 169–199. <https://doi.org/10.1080/21674086.1955.11925980>
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.) (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2nd ed.), PDM-2. The Guilford Press.
- Llinás, R. R., & Paré, D. (1991). Commentary of Dreaming and Wakefulness. *Neuroscience*, 44(3), 521–535.
[https://doi.org/10.1016/0306-4522\(91\)90075-Y](https://doi.org/10.1016/0306-4522(91)90075-Y)
- Lobo, D. M., & Agius, M. (2012). The Mental Illness Spectrum. *Psychiatria Danubina*, 24, 157–160.
- Loewald, H. W. (1972). The Experience of Time. *Psychoanalytic Study of the Child*, 27, 401–410. <https://doi.org/10.1080/00797308.1972.11822722>
- Loewald, H.W. (1962). The Superego and the Ego-Ideal. *IJPA*, 43, 264–268.
- Lombardi, R. (2003). Knowledge and experience of time in primitive mental states. *IJPA*, 84, 1531–1549.
<https://doi.org/10.1516/U57E-8CJQ-N62Q-D535>

- Lombardi, R. (2009). Symmetric Frenzy and Catastrophic Change: A Consideration of Primitive Mental States in the Wake of Bion and Matte Blanco. *IJPA*, 90, 529–549. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2009.00152.x>
- Lorand, S., & Console, W. A. (1958). Therapeutic results in psycho-analytic treatment without fee. *IJPA*, 39, 59–64.
- Lucas, R. (2003a). The relationship between psychoanalysis and schizophrenia. *IJPA*, 84, 3–9. <https://doi.org/10.1516/RKJ1-HJJ7-XMWV-6FF9>
- Lucas, R. (2003b). The relationship between psychoanalysis and schizophrenia — A response to the commentary by Robert Michels. *IJPA*, 84, 12–15. <https://doi.org/10.1516/9WLM-6R1H-L3CC-ET00>
- Lucas, R. (2009). *The Psychotic Wavelength: A Psychoanalytic Perspective for Psychiatry*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315811833>
- MacKinnon, R. A., Michels, R., & Buckley, P. J. (2006). *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. Karnac, 2002. <https://doi.org/10.4324/9780429482915>
- Mann, D. (1997). *Psychotherapy: An Erotic Relationship. Transference and countertransference passions*. Brunner–Routledge, 2005. <https://doi.org/10.4324/9781003245544>
- Masi, F. D. (2004). The psychodynamic of panic attacks: A useful integration of psychoanalysis and neuroscience. *IJPA*, 85, 311–336. <https://doi.org/10.1516/7TL1-R98R-KQCR-GYLV>
- Matte-Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic*. Duckworth. <https://doi.org/10.4324/9780429483592>
- Matte-Blanco, I. (1959). Expressions in symbolic logic of the characteristics of the system unconscious or the logic of the system unconscious. *IJPA*, 40, 1–5.
- Matte-Blanco, I. (1988). *Thinking, Feeling, and Being: Clinical Reflections on the Fundamental Antinomy of Human Beings and World*. Routledge, 1999. <https://doi.org/10.4324/9780203358849>
- McLaughlin, J. T. (1991). Clinical and Theoretical Aspects of Enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 595–614. <https://doi.org/10.1177/000306519103900301>

- McLeod, J. (2011). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781849209663>
- McLuhan, M. (1964). *Understanding Media: The Extensions of Men*. Routledge, 2007.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulations*. The Guilford Press.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. The Guilford Press.
- Meyer, L. (2017). Training Analysis as Institutional Enactment. In P. Zagermann (Ed.) *The Future of Psychoanalysis: The Debate About the Training Analyst System* (pp. 197–220). Karnac. <https://doi.org/10.4324/9780429481871>
- Michels, R. (2003). The relationship between psychoanalysis and schizophrenia by Richard Lucas – A commentary Robert Michels. *IJPA*, 84, 9–12. <https://doi.org/10.1516/9WLM-6R1H-L3CC-ET00>
- Millar, I. (2021). *The Psychoanalysis of Artificial Intelligence*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-67981-1>
- Mintz, I. (1971). The Anniversary Reaction: A Response to the Unconscious Sense of Time. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 19, 720–735. <https://doi.org/10.1177/000306517101900406>
- Moskowitz, G. B. (2005). *Social Cognition: Understanding Self and Others*. The Guilford Press.
- Muth, V., Gyüre, T. & Váradi, E. (2015). Kognitív paradigma a szkizofrénia rehabilitációjában: fókuszban a kognitív remediáció. *Neuropsychopharmacologica Hungarica*, 3, 129–140.
- Nathan, T. (1994). *L'influence qui guérit*. Odile Jacob, 2001.
- Nersessian, E., & Solms, M. (1999). Editor's Introduction. *Neuropsychoanalysis*, 1, 3–5. <https://doi.org/10.1080/15294145.1999.10773239>
- Nielsen, T. A. (2003). A Review of Mentation in REM and NREM Sleep: “Covert” REM Sleep as a Possible Reconciliation of Two Opposing Models. In Pace-Schott, M. Solms, M. Blagrove, & S. Harnad (Eds.) *Sleep and Dreaming: Scientific Advances and Reconsiderations* (pp. 1–50). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615511.005>

- Nir, Y., & Tononi, G. (2010). Dreaming and the Brain: From Phenomenology to Neurophysiology. *Trends in Cognitive Science*, 14(2), 88–100.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.12.001>
- Novick, J., & Novick, K. K. (2003). Two Systems of Self Regulation and the Differential Application of Psychoanalytic Technique. *The American Journal of Psychoanalysis*, 63(1), 1–20.
<https://doi.org/10.1023/A:1022323003802>
- Novick, J., & Novick, K. K. (2022). A metapsychological framework for sadomasochism. *IJPA*, 103, 1038–1056.
<https://doi.org/10.1080/00207578.2022.2136857>
- Nussbaum, A. M. (2013). *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Oriold és Tsai.
- Oberndorf, C. P. (1941). Time – its relation to reality and purpose. *Psychoanalytic Review*, 28, 139–155.
- Ogden, T. H. (1989). On the Concept of an Autistic-Contiguous Position. *IJPA*, 70, 127–140.
- Ogden, T. H. (2004a). On holding and containing, being and dreaming. *IJPA*, 85, 1349–1364. <https://doi.org/10.1516/T41H-DGUX-9JY4-GQC7>
- Ogden, T. H. (2004b). The Analytic Third: Implications for Psychoanalytic Theory and Technique. *Psychoanal Quarterly*, 73(1), 167–195.
<https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00156.x>
- Ogden, T. H. (2004c). This Art of Psychoanalysis: Dreaming Undreamt Dreams and Interrupted Cries. *IJPA*, 85, 857–877.
<https://doi.org/10.1516/D6R2-9NGF-YFJ2-5QK3>
- Ogden, T. H. (2007). On talking-as-dreaming. *IJPA*, 88(3), 575–589.
<https://doi.org/10.1516/PU23-5627-04K0-7502>
- Ogden, T. H. (2014). Fear of Breakdown and the Unlived Life. *International Journal of Psychoanalysis*, 95, 205–223.
<https://doi.org/10.1111/1745-8315.12148>
- Ogden, T. H. (2019). Ontological psychoanalysis or “What do you want to be when you grow up?” *The Psychoanalytic Quarterly*, 88, 661–684.
<https://doi.org/10.1080/00332828.2019.1656928>

- Olsson, P. A. (1986). Complexities in the Psychology and Psychotherapy of the Phenomenally Wealthy. In D. W. Krueger (Ed.) *The Last Taboo: Money as Symbol and Reality in Psychotherapy and Psychoanalysis* (pp. 55–69). Brunner/Mazel.
- Orgel, Sh. (2002). Some Hazards to Neutrality in the Psychoanalysis of Candidates. *Psychoanalytic Quarterly*, 71(3), 419–443. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2002.tb00520.x>
- Ornstein, P. H. (2015). Revisiting the Negative Therapeutic Reaction: An Example of Comparative Psychoanalysis. *The International Journal for Psychoanalytic Self Psychology*, 10, 118–127. <https://doi.org/10.1080/15551024.2015.1005797>
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press.
- Papazian, B. (2022). Transgenerational violence and immunological deficits, a psychosomatic hypothesis. *IJPA*, 103, 307–327. <https://doi.org/10.1080/00207578.2021.2022980>
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Alliance of Psychoanalytic Org.
- Perelberg, J. P. (2008). *Time, Space and Phantasy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315787466>
- Persano, H. L. (2022). Self-harm. *IJPA*, 103, 1089–1103. <https://doi.org/10.1080/00207578.2022.2133093>
- Pető, K. (2014). *A csodálatos csecsemő: A pszichoanalízis és határterületei*. Oriold és Tsai.
- Piven, J. S. (2003). Birth, death, dread, and religion. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 26, 387–412.
- Polmear, C. (2019). Enactment as Unconscious Communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 39, 241–249. <https://doi.org/10.1080/07351690.2019.1596458>
- Priel, B. (1997). Time and Self: On the Intersubjective Construction of Time. *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 431–450. <https://doi.org/10.1080/10481889709539195>
- Purcell, S. D. (2004). The analyst's theory: the third source of countertransference. *IJPA*, 85, 635–652. <https://doi.org/10.1516/EL4K-0FDG-N47L-9C9N>

- Pyles, R. (2017). Still Crazy After All These Years. In P. Zagermann (Ed.) *The Future of Psychoanalysis: The Debate About the Training Analyst System* (pp. 221–260). Karnac. <https://doi.org/10.4324/9780429481871>
- Rabeyron, Th. (2021). Beyond the death drive: entropy and free energy. *IJPA*, 102, 878–905. <https://doi.org/10.1080/00207578.2021.1932514>
- Raney, J. (1986). The Effect of Fees on the Course and Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis. In D. W. Krueger (Ed.) *The Last Taboo: Money as Symbol and Reality in Psychotherapy and Psychoanalysis* (pp. 88–101). Brunner/Mazel.
- Reich, W. (1933). *Charakteranalyse*. Fischer, 1981.
- Reiser, M. F. (2001). The Dream in Contemporary Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 158, 351–359. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.351>
- Renik, O. (1995). The Ideal of the Anonymity and the Problem of Self-Disclosure. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 466–495. <https://doi.org/10.1080/21674086.1995.11927461>
- Richards, A. K. (2010). Training Analysis and Training Analyst Status: Where are We Now? *Psychoanalytic Review*, 97(6), 955–969. <https://doi.org/10.1521/prev.2010.97.6.955>
- Robbins, M. (2019). *Psychoanalysis Meets Psychosis: Attachment, Separation, and the Undifferentiated Unintegrated Mind*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429200540>
- Roesler, Ch. (2023). Dream interpretation and empirical dream research – an overview of research findings and their connections with psychoanalytic dream theories. *IJPA*, 104, 301–330. <https://doi.org/10.1080/00207578.2023.2184268>
- Rose, J. (1997). Distortions Of Time In The Transference: Some Clinical And Theoretical Implications. *IJPA*, 78, 453–468.
- Rosenbaum, B., Martindale, B., & Summers, A. (2013). Supportive psychodynamic psychotherapy for psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19, 310–318. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.111.009142>
- Rosenfeld, D. (1992). *The Psychotic Aspects of the Personality*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429482960>

- Rosenfeld, H. A. (1963). Notes on the Psychopathology and Psycho-Analytic Treatment of Schizophrenia. In *Psychotic States: A Psychoanalytical Approach*. International Universities Press, 1966.
<https://doi.org/10.4324/9780429479335>
- Rosenfeld, H. A. (1987). *Impasse and Interpretation: Therapeutic and Anti-therapeutic Factors in the Psychoanalytic Treatment of Psychotic, Borderline and Neurotic Patients*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203358887>
- Roussel, J. (2016). Killing Time: Omnipotent Fantasies of Preservation, Hyper-Compartmentalization, and the Denial of Death in the Digital Age. *Fort Da.*, 22(2), 52–67.
- Sabbadini, A. (1989). Boundaries of Timelessness. Some Thoughts about the Temporal Dimension of the Psychoanalytic Space. *IJPA*, 70, 305–313.
- Saketopoulou, A. (2020). Thinking psychoanalytically, thinking better: Reflections on transgender. *IJPA*, 101, 1019–1030.
<https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1810884>
- Salone, A., Di Giacinto, A., Lai, C., De Berardis, D., Iasevoli, F., Fornaro, M., De Risio, L., Santacroce, R., Martinotti, G., & Di Giannantonio, M. (2016). The Interface between Neuroscience and Neuro-Psychoanalysis: Focus on Brain Connectivity. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00020>
- Sandler, A. & Godley, W. (2004). Institutional responses to boundary violations: The case of Masud Khan. *IJPA*, 85, 27–42.
<https://doi.org/10.1516/LP8G-5A70-9FFR-U62Q>
- Sandler, J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, 3, 43–47.
- Sandler, J. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *IJPA*, 64, 35–45.
- Sandler, J., Holder, A., Dare, Ch., & Dreher, A. U. (2005). *Freud's Models of the Mind. An Introduction*. Karnac. <https://doi.org/10.4324/9780429475061>
- Schmelowszky, Á. (2022). Az ember tragédiája pszichoanalitikus szemmel. *Pszichoterápia*, 31, 310–319.
- Schmelowszky, Á., & Danics, Z. (2015). Beszámoló az Ottó Kernberggel folytatott beszélgetésről. *Hírmondó: a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület hírlevele*. 13(11), 2–4.

- Schneider, J. A. (2010). From Freud's dream-work to Bion's work of dreaming: The changing conception of dreaming in psychoanalytic theory. *IJPA*, 91, 521–539. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00263.x>
- Schonbar, R. A. (1986). The Fee as Focus of Transference and Countertransference in Treatment. In D. W. Krueger (Ed.) *The Last Taboo: Money as Symbol and Reality in Psychotherapy and Psychoanalysis* (pp. 33–47). Brunner/Mazel.
- Schore, A. N. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. Norton.
- Schore, A. N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Erlbaum.
<https://doi.org/10.4324/9781315680019>
- Schore, A. N. (2003a). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. Norton.
- Schore, A. N. (2003b). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. Norton.
- Schore, A. N. (2019a). *The Development of the Unconscious Mind*. Norton.
- Schore, A. N. (2019b). *Right Brain Psychotherapy*. Norton.
- Searles, H. F. (1965). *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. Karnac, 2005.
- Shengold, L. (1985). Defensive Analidity and Anal Narcissism. *IJPA*, 66, 47–73.
- Siegel, D. J., Schore, A. N., & Cozolino, L. (Eds.) (2021). *Interpersonal Neurobiology and Clinical Practice*. Norton.
- Smith-Acuña, Sh. (2011). *Systems Theory in Action: Application to Individual, Couples, and Family Therapy*. Wiley.
- Solms, M. (2001). The Interpretation of Dreams and the Neurosciences. *Psychoanalysis and History*, 3, 79–91.
<https://doi.org/10.3366/pah.2001.3.1.79>
- Solms, M. (2003). Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms. In E. Pace-Schott, M. Solms, M. Blagrove, & S. Harnad (Eds.) *Sleep and Dreaming: Scientific Advances and Reconsiderations* (pp. 51–59). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511615511.004>
- Solms, M., & Turnbull, O. (2002). *The Brain and the Inner World: An Introduction to the Neuroscience of the Subjective Experience*. Other Press.
<https://doi.org/10.4324/9780429481239>

- Spillius, E. B. (2001). Freud and Klein on the Concept of Phantasy. *IJPA*, 82, 361–373. <https://doi.org/10.1516/5PWR-57TK-VT2U-3XU8>
- Stein, G. S. (1993). A Transference Psychosis. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 2, 245–262.
- Sterba, R. (1934). The Fate of the Ego in Analytic Therapy. *IJPA*, 15, 117–126.
- Stern, D. N. (1985). *A csecsemő személyközi világa a pszichoanalízis és a fejlődéslélektan tükrében*. Animula, 2002.
- Stumbrys, T., & Erlacher, D. (2012). Lucid Dreaming During NREM Sleep: Two Case Reports. *International Journal of Dream Research*, 5(2), 151–155. <https://doi.org/10.11588/ijodr.2012.2.9483>
- Sulloway, F. J. (1979). *Freud, a lélek biológusa*. Gondolat, 1987.
- Summers, F. (1994). *Object Relations Theories and Psychopathology*. Psychology Press, 2014. <https://doi.org/10.4324/9781315803395>
- The Institute of Psychoanalysis (2012). Encounters Through Generations. DVD.
- Tononi, G. (2009). Sleep and Dreaming. In S. Laureys, & G. Tononi (Eds.) *The Neurology of Consciousness: Cognitive Neuroscience and Neuropathology* (pp. 89–107). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-374168-4.00008-3>
- Tuckett, D. (2015). Overview and introduction. In Carrington, A. (Ed.) *Money as emotional currency* (pp. 55–62). Karnac.
- Tuckett, D., & Tuffler, R. (2008). Phantastic objects and the financial market's sense of reality: a psychoanalytic contribution to the understanding of stock market instability. In Carrington, A. (Ed.) *Money as emotional currency* (pp. 63–96). Karnac, 2015.
- Tuckett, D., & Tuffler, R. (2008). Phantastic objects and the financial market's sense of reality: a psychoanalytic contribution to the understanding of stock market instability. In Carrington, A. (Ed.) *Money as emotional currency* (pp. 63–96). <https://doi.org/10.4324/9780429477324>
- Turnbull, O., & Solms, M. (2003). Memory, amnesia and intuition: a neuro-psychoanalytic perspective. In V. Green (Ed.) *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience: Creating Connections* (pp. 55–85). Brunner–Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203420362>

- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (Ed.) (2012). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119962830>
- Vermote, R. (2012). The Work at the Gate – Discussion of the Papers of Juan Pablo Jiménez and Horst Kächele. In P. Fonagy, H. Kächele, M. Leuzinger-Bohleber, & D. Taylor (Eds.) *The Significance of dreams: Bridging Clinical and Extraclinical Research in Psychoanalysis* (pp. 101–108). Karnac. <https://doi.org/10.4324/9780429483172>
- Wallerstein, R. (2010). The Training Analysis: Psychoanalysis' Perennial Problem. *Psychoanalytic Review*, 97(6), 903–936. <https://doi.org/10.1521/prev.2010.97.6.903>
- Wallerstein, R. S. (2005a). Dialogue or illusion? How do we go from here?: Response to André Green. *IJPA*, 86, 633–638. <https://doi.org/10.1516/VJHB-7R8A-162R-B5WN>
- Wallerstein, R. S. (2005b). Will psychoanalytic dualism be an enduring state of our discipline? *IJPA*, 86, 623–626. <https://doi.org/10.1516/VJHB-7R8A-162R-B5WN>
- Warren, M. (1961). The significance of visual images during the analytic session. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 9, 504–518. <https://doi.org/10.1177/000306516100900308>
- Wearden, J. H. (2001). Internal clocks and the representation of time. In Ch. Hoerl, & T. McCormack (Eds.) *Time and Memory: Issues in Philosophy and Psychology*. Clarendon Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198250357.003.0002>
- Weijers, J., Ten Kate, C., Viechbauer, W., Rampaart, L. J. A., Eurelings, R. H. M., & Selten, J. P. (2020). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: a rater-blinded, multi-center, randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 51(16), 2846–2855. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001506>
- Weiss, H. (2019). *Trauma, Guilt and Reparation: The Path from Impasse to Development*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429196768>
- Westen, D., & Gabbard, G. O. (1999). Psychoanalytic Approaches to Personality. In L. A. Pervin, & O. P. John (Eds.) *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 57–101). The Guilford Press.
- WHO (2022). *BNO-11, Mentális zavarok*. Animula.

- Williams, P. (2007). Making time: killing time. In R. J. Perelberg (Ed.) *Time and Memory* (pp. 47–61). Karnac.
- Willick, M. S. (2001). Psychoanalysis and Schizophrenia: A Cautionary Tale. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 27–56.
<https://doi.org/10.1177/00030651010490012001>
- Wilson, M. (2010). Putting Practice into Theory: Making the Training Analyst System Coherent. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 58(2), 287–311. <https://doi.org/10.1177/0003065110368858>
- Winnicott, D. W. (1945). Primitive Emotional Development. *IJPA*, 26, 137–143.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the counter-transference. *IJPA*, 30, 69–74.
- Winnicott, D. W. (1960). Ego Distortion in Terms of True and False Self. In idem: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development* (pp. 140–154). The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, 1965.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. International Universities Press, 1985.
<https://doi.org/10.4324/9780429482410>
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. Brunner–Routledge, 2001.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of Breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 103–107.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner’s Guide*. Guilford Press.
- Yovell, Y., Solms, M., & Fotopoulou, A. (2015). The case for neuropsych psychoanalysis: Why a dialogue with neuroscience is necessary but not sufficient for psychoanalysis. *IJPA*, 96, 1515–1553.
<https://doi.org/10.1111/1745-8315.12332>

Név- és tárgymutató

A

Abraham, Karl 86
anaklitikus időélmény 70
anális narcizmus 87
átmeneti tér 39, 40, 44
áttétel 59, 60, 81, 85, 89, 107, 109, 122, 149, 151, 154, 155, 156, 157, 158, 172, 173, 174
autisztikus-kontiguus pozíció 66

B

Baranger, Marie 82, 83
Baranger, Willy 82, 83
bástyá 83
Bion, Wilfred R. 123, 124, 143, 144, 145, 148, 149, 150
bio-pszicho-szociális modell 15, 21
Blass, Rachel B. 132, 135, 137
BNO (Betegségek nemzetközi osztályozása) 15, 22, 29, 49, 51
Bollas, Christopher 124, 125
borderline 34, 41, 45, 48, 50, 51, 58, 75, 81, 92, 110, 117, 120, 124
Bowlby, John 24, 130
Bush, Fred 161

C

Carmeli, Zvi 132, 135, 137
Cartwright, Rosalind D. 147, 148

D

Damasio, Antonio 35, 131
depresszív pozíció 205, 206
DSM (Diagnosztikus statisztikai manuál) 5, 15, 22, 29, 40, 41, 49, 51, 110, 141

E

Eitingon-modell 174, 175
életöszön 42, 43, 48
elhárítás 41
elhárító mechanizmusok 27, 45, 49, 114, 118
elsődleges gondolkodási folyamatok 43, 49, 50, 51, 142
én 37, 44, 45, 46, 50, 51, 66, 67, 91, 113, 117, 123, 160, 170
enactment 47, 95, 100, 105
énerő 39, 44, 45, 49
éngyengeség 44, 49, 50, 160
énjellegű 64, 65, 66, 72, 73
énpszichológia 24, 34
énvédő mechanizmusok l. elhárító mechanizmusok
Erikson, Erik H. 22, 34, 35, 40, 160, 162

F

Fairbairn, W. Ronald D. 125
felettes én 37, 39, 44, 45, 49, 50, 67, 91, 117
Ferenczi, Sándor 86, 166, 169
Fiscalini, John 163, 164
Fotopoulou, Aikaterini 132
Freud, Sigmund 9, 13, 36, 38, 39, 42, 80, 86, 89, 97, 114, 123, 128, 129, 135, 137, 139, 140, 142, 143

G

Gabbard, Glen O. 61, 123
Gerhardt, Sue 131
Goleman, Daniel 131
gondolkodási folyamatok 43, 49, 50, 51, 142
Green, André 84, 92
Guntrip, Harry 125

H

halálnarcizmus 92
 halálösztön 42, 43, 48, 49, 102
 hamis szelf 86, 99, 116, 157, 158, 159, 167
 Hartmann, Ernest 147, 148, 149, 150
 határeseti l. borderline 50, 51
 Hermann, Imre 130
 Hobson, Allan 146, 147, 148, 149
 Hollós, István 111

I

identitás 6, 12, 13, 35, 39, 40, 41, 50, 51, 65, 66, 70, 97, 106, 144, 149, 153, 154, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 172, 174, 176, 178
 identitás-ellenállás 162, 163
 identitásdiffúzió 50, 160, 161
 időélmény 5, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 72, 73
 énjellegű 64, 65, 66, 72, 73
 felettesén-jellegű 64, 65, 66, 73, 91
 ösztönénjellegű 64, 66
 időgyilkosság 5, 70, 72, 74, 75, 76, 78
 interszubjektív-kapcsolati szemlélet 17, 24
 IPA (International Psychoanalytical Association) 9, 26, 159, 168, 174, 178, 179
 Isakower, Otto 80

J

Jaques, Elliott 66, 72, 73
 Jones, Ernest 86
 Joseph, Betty 100, 101, 153, 154

K

kairosz 73
 Kandel, Eric 131
 Kanzer, Mark 82
 kapcsolat 16, 17, 22, 24, 38, 40, 42, 43, 47, 48, 78, 83, 85, 90, 93, 95, 97, 98, 99, 106, 118, 121, 123, 143, 149, 151
 karakterpáncél 159, 163, 167
 Kepecs, Joseph G. 80
 Kernberg, Otto F. 35, 75, 76, 110, 160

Khan, M. Masud R. 99
kognitív szemlélet 15, 16, 23, 28, 29,
kognitív-viselkedéses szemlélet l. kognitív szemlélet
Kohut, Heinz 159
kötődés 37, 49, 94, 97, 101, 102, 123, 131
kötődéelmélet 15, 24, 130
kötődési stílus l. kötődés
központi fóbiás pozíció 84, 85
kronosz 66

L

LeDoux, Joseph 35, 131
Levine, Susan S. 156
Lucas, Richard 120, 121, 124

M

Mahler, Margareth 130
másodlagos gondolkodási folyamatok 43, 49, 50, 51, 142
Matte-Blanco, Ignacio 66, 117, 144, 145, 147, 150
Mauss, Marcel 158
MBT (mentalizációalapú pszichoterápia) 10, 11, 122
McWilliams, Nancy 110
mentalizáció 17, 38, 39, 41, 49, 50, 51, 65, 73, 115
mentalizációs terápia l. MBT
mező 82, 83
Michels, Robert 119

N

neuropszichoanalízis 6, 24, 25, 35, 36, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136,
137, 138, 139, 140, 141
neurotikus 34, 41, 45, 50, 51, 75, 109, 110, 114, 115, 117, 120, 125, 159, 172, 173
normatív krízis 40

Ö

ösztönén 39, 44, 64, 66, 67, 91
ösztönpszichológia 24, 34, 114

P

Panksepp, Jaak 35, 131
 paranoid-szkizoid pozíció 66, 115
 PDM (Pszichodinamikus diagnosztikai manuál) 40, 41, 110, 194, 198
 primer mazochizmus 102
 pszichoanalitikus harmadik 17
 pszichodinamikus szemlélet 15, 23, 25, 26, 27, 30
 pszichotikus 6, 34, 41, 45, 50, 51, 107, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125

R

realitásérzék 37, 39, 40, 50
 Reich, Wilhelm 159
 rendszerszemlélet 15, 16, 17, 19, 20, 21, 29
 Renik, Owen 166
 Robbins, Michael 116, 117, 118, 123
 Rosenfeld, David 114, 122
 Rosenfeld, Herbert 115, 123, 124

S-Sz

Schneider, John A. 143
 Schore, Allan 35, 36, 130
 Searls, Herald 124
 Shengold, Leonard 87
 Solms, Mark 35, 131, 146
 Sterba, Richard 156
 Stern, Daniel 37, 130
 struktúra 39, 66, 144, 145, 160
 szelfképzet 48
 szelfpszichológia 24, 35, 45
 szelfreprezetáció l. szelfképzet
 szelftárgy 97
 személyiségdiagnózis 5, 35, 40
 személyiségszint 41
 Szent Ágoston 67, 69
 szimmetrikus logika 144, 145

T

tárgykapcsolat-elmélet *15, 24, 160*

tárgyképzet *210*

tárgyrepresentáció l. tárgyképzet

TFP (áttételfókuszú pszichoterápia) *10*

topológia *39*

trauma *6, 18, 33, 34, 36, 37, 38, 51, 52, 78, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 111, 113, 115, 117, 118, 119, 121, 123, 125*

– kapcsolati *78, 97, 98*

– kötődési *93, 94, 97*

– kumulatív *98, 99*

– transzgenerációs *98, 170*

tudatelőttés *39, 44, 49, 142, 143, 172*

tudatos *19, 26, 27, 32, 36, 39, 42, 43, 44, 46, 49, 63, 74, 80, 81, 100, 129, 142, 143, 144, 145, 148, 149, 155, 156, 172*

tudattalan *19, 26, 27, 30, 32, 37, 39, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 52, 60, 61, 66, 69, 74, 75, 76, 85, 86, 94, 97, 102, 104, 113, 118, 130, 131, 137, 142, 143, 147, 149, 153, 156, 161, 172, 173, 178*

tudattalan fantáziák *32, 46, 47, 49, 74, 75, 76, 85, 86, 97, 143*

Turnbull, Oliver *132*

Twemlow, Stuart *11*

utólagosság *68*

V-W

viszontáttétel *17, 52, 53, 57, 58, 60, 85, 105, 129, 149, 151, 154, 155, 156, 175*

Volkan, Vamik *11*

Wilde, Oscar *76*

Willick, Martin S. *124*

Winnicott, Donald *86, 99, 118*

Y

Yovell, Yoram *132, 133, 137*



Schmelowszky Ágoston az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézetének habilitált egyetemi docense.

A Magyar Pszichoanalitikus Egyesület kiképző pszichoanalitikusa, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta. Számos hazai és külföldi könyvfejezet és szakcikk szerzője és társszerzője.

A tárgykörben korábban megjelent kötete:

A lélek rejtett ösvényein: a pszichoanalízis aktualitása a klinikumon innen és túl,
Oriold és Társai Kiadó, 2012.

Mintegy húsz évvel ezelőtt, a kórházban, ahol dolgoztam, részt vettem egy előadáson, amelyet egy nevesebb külföldi pszichoterapeuta tartott. Az előadó, hogy saját módszerének kellő hangsúlyt adjon, a pszichoanalízis technikáját kritizálta, mondván, mennyire rigid ez a Freudra visszanyúló módszer. A pszichoanalízis ellenlábasaként többször is említette Patrick Casementet, akire ő – érezhetően – példaképként tekintett. Akkor és ott nem éreztem adekvátnak, hogy felszólaljak, és megemlítssem, hogy Casement maga is pszichoanalitikus.

Hasonló látványos és kevésbé látványos félreértések és félreértelmezések kísérik a pszichoanalízis történetét. Könyvemben arra törekedtem, hogy a mentális egészségügy iránt komolyabban érdeklődő egyetemi hallgatók vagy az abban dolgozó szakemberek számára közel hozzam a kortárs klinikai pszichoanalízist.



ELTE | EÖTVÖS
KIADÓ

Az ELTE hivatalos könyvkiadója



ELTE | PPK

ISBN 978-963-489-782-8



9 789634 897828