

A KÖTŐDÉS REPREZENTÁCIÓJA SÚLYOS SZEMÉLYISÉGZAVARBAN SZENVEDŐ BETEGEKNÉL

*Szemponatok a terápiás gyakorlathoz**

Mary Target

Töprengések a patológiás fejlődésről a dialektikus modell alapján

Peter Fonaggyal közös munkánkban (Fonagy és Target, 1997) kísérletet tettünk annak az elképzelésnek a kidolgozására, amely szerint minden csecsemőnek alapvető szüksége, hogy a tárgy tudatában lelje meg saját tudatát, intencionális állapotát. A csecsemő számára ennek a képzetnek az internalizációja valósítja meg az anyai „tartalmazást”, amelyről Winnicott azt állította, hogy az „visszatükrözi a csecsemőnek a csecsemő saját szelfjét” (Winnicott, 1967, 33. o). Az anya e funkciójának sikertelensége ahhoz vezet, hogy a csecsemő kétségbeesett kereséshez kezd azért, hogy megtalálja az együtt létrehozott gondolatok és intenzív érzések tartalmazásának másfajta útjait.

Ez az útkeresés sokszor patológiás megoldásokat hozhat létre. Ilyen megoldás a másik tudatának magába vetítése, azé a tudaté, amely tartalmazza a gyermek torzított vagy rosszindulatú képét, és amely így a gyermek saját identitástudatának részévé válik. Winnicott (1967) így írt: „Mit lát a csecsemő, amikor anyja arcára néz? ... rendszerint az anya is a csecsemőre néz,

* Ez a tanulmány eredetileg előadásként hangzott el a Magyar Tudományos Akadémián 1997. november 17-én tartott tudományos ülésen.

és ahogyan néz, az kapcsolatban van azzal, amit ott lát... [de mi van akkor, ha] az anya a saját hangulatát tükrözi vissza, vagy ami rosszabb, saját elhárításainak merevségét ... Egymásra néznek, és nem látják önmagukat ... ami látható, az az anya arca” (27. o).

Ez a kép válik a csírájává a szelfen belül egy üldöző hangnak, amely idegen és befogadhatatlan. Elkeseredett vágyakozás kezdődik a szeparáció iránt egy autonóm identitás létrehozásának reményében. Ez az identitás azonban tragikus módon egy olyan mentális állapot köré szerveződik, amely képtelen visszatükrözni a gyermek változó érzéseit és gondolatait, hiszen az a *másik* (a gondozó) korai reprezentációjára épül, ahelyett, hogy a *másik által látott gondolkodó és érző szelfre épülne*.

Paradox módon, ha a gyermek tükrözés és tartalmazás iránti vágya nem elégül ki, később a szeparáció iránti törekvése is inkább a fúzió irányába történő elmozdulást fogja eredményezni. Minél inkább próbálkozik az egyén azzal, hogy saját maga legyen, annál közelebb kerül ahhoz, hogy saját tárgyává váljon, lévén, hogy a tárgy szelf-struktúrájának szerves része. Ezzel a mechanizmussal magyarázhatjuk a borderline betegek folytonos oszcillációját a függetlenségre való törekvésük és a szélsőséges közelségre és fantáziált egységre való fenyegető vágyuk között. Akkor jelentkezik krízis, amikor fokozódnak a szeparációval szemben támasztott külső követelmények a késői serdülő- és a korai felnőttkorban. Ekkor az önpusztító és öngyilkos viselkedés tűnik az egyedüli megoldásnak egy feloldhatatlan dilemmára: felszabadítani a szelfet a másik hatása alól, a szelfen belül lakozó másik lerombolásával.

Feltételezzük, hogy azoknál, akik számára a szeparáció krónikus probléma, az *én-ézés* (*self-hood*) élménye csak úgy érhető el, ha az illető talál valakit, akire a szelfben lakozó másik kivetíthető. Természetesen ez fokozza az illető szükségletét a másik folytonos *fizikális jelenlétére*. Épp ezért nehéz sokuknak kirepülni otthonról, és ez csak akkor sikerülhet, ha találhatnak egy olyan alternatív figurát, akire a szelfben lakozó másik kivetíthető. Ha ez a valódi másik személy meghal, vagy megtagadja az illetőt, akkor elindulhat egy olyan patológiás gyászfolyamat, amelynek életben kell tartani a másikat ahhoz, hogy meg lehessen őrizni a szelf identitását.

Ha a gyermek nem talál olyan alternatív kapcsolatot, amelyben mentalizáló személyként tükrözik vissza, akkor leszűkülnek a lehetőségei. Az a csecsemő, aki szülőjével olyan kapcsolatban él, amelyre a bántalmazás, el-lenségesség vagy üresség jellemző, elfordulhat a tárgy (a gondozó) tudatának megismerésétől, *mivel* felismeri benne a kontrollálhatatlan, túlradó

ellenségességet. Ez ahhoz vezethet, hogy teljes mértékben kerüli a mentális állapotok iránti érdeklődését, amivel persze tovább csökkenti annak lehetőségét, hogy intim kapcsolatot alakíthasson ki valakivel, aki megértő lehetne vele.

A rugalmasan alkalmazkodó gyermekekkel végzett vizsgálatok azt sugallják, hogy akár egyetlenegy biztonságos és megértő kapcsolat is megindíthatja a reflektív folyamatok fejlődését, és ez „megmentheti” a gyermeket. A metakognitív monitorozás egy biológiailag előhúrozott képesség, amely spontán módon emelkedik ki, ha csak nem kerül gátlás alá a miatt a kettős hátrány miatt, amit a biztonságos kapcsolat hiánya és egy intim kapcsolat kontextusában történő rossz bánásmód tapasztalatai jelentenek. A kötődési kapcsolaton kívül jelentkező traumákkal kapcsolatban nem várjuk, hogy azok visszafordíthatatlanul gátolják a reflektív folyamatokat. A reflektív funkció az intenzív kapcsolatok talaján bontakozik ki, éppen ezért lehet a másik elméjétől való félelemnek olyannyira romboló hatása a szociális megértésre.

A disszociáció transzgenerációs modellje a személyiségzavarokban

Annak ellenére, hogy a gyermekbántalmazással kapcsolatban nehéz hozzájutni megfelelő kísérleti alanyokhoz, és azok jellemzői a különböző vizsgálatok során igen eltérőek lehetnek, jelentős bizonyítékok utalnak arra, hogy a gyermekbántalmazás generációkon keresztül átvivődik (Oliver, 1993). A kutatások egy specifikus kapcsolatot tárnak fel a gyermekkori rossz bánásmód története és a később kialakuló disszociatív személyiségzavar között. A szexuális bántalmazás kiemelt helyet kap ezek között. Gyermekként ezeknek a felnőtteknek gyakran olyan gondozóik voltak, akik a súlyos személyiségzavar úgynevezett „borderline” spektrumába tartoznak (Barach, 1991; Benjamin és Benjamin, 1994). A disszociáció társas átörökítésének szempontja fontos kulcs lehet abban, hogy megértsük e zavar gyökereit.

Felvetésünk szerint a disszociációval élő személyek olyan gyermekkori bántalmazás áldozatai, akik úgy próbáltak traumatikus élményeikkel megküzdni, hogy elutasították a gondozójuk tudatállapotairól való gondolkodást, és ezzel elkerülhették annak felismerését is, hogy gondozójuk bántani szeretné őket. Azaz védekezésből rombolták le abbéli képességüket, hogy a saját és a mások érzéseit és gondolatait ábrázolni tudják magukban. Ezért

azután csupán sematikus és pontatlan benyomást tudnak alkotni a gondolatok és érzések világáról, ez pedig roppantul sérülékennyé tette őket mindenfajta intim kapcsolatban.

Magát a disszociáció tünetét tekinthetjük úgy is, mint a mentalizáció *el-lentettjét*. A disszociáció az egymással kapcsolatban álló mentális tartalmak szétválasztására utal (Ross, Norton és Fraser, 1989). Az információ, legyen az bejövő, tárolt vagy kimenő, nem integrálódik a szokásos módon. Még pontosabban, ami nem mentalizálódik, az éppen maguknak az élményeknek a pszichológiai hatása. Az illető tudatában van az ingernek, de képtelen ezt a tudását a tudatosság számára hozzáférhetővé tenni. Effajta reflexió hiányában azonban az inger normális jelentése is elvész, és az asszociatív kontextus hozzáférhetetlen lesz.

Miért kell ennek megtörténnie? A mentalizáció deaktivációja olyan védekezés, amely a bántalmazott gyermek vagy minden olyan traumatizált személy rendelkezésére áll, akinek célja, hogy csökkentse a pszichikus fájdalmat, rémületet, vagy más, elárasztóan negatív affektust. A kötődésemélet felvetése szerint pontosan ezek az érzelmi állapotok fokozzák a gondozó felé irányuló közelségi szükségletet. Ha a csecsemő azt tanulja meg, hogy a gondozó képtelen az ilyen állapotok szabályozásához szükséges reflektív tartalmazást biztosítani, és következésképp a gyermek az önmegnyugtatás metakognitív képességét csak korlátozott módon képes elsajátítani, akkor az effajta drasztikus, ámbár átmenetileg adaptív védekezések használatának valószínűsége megnő.

A disszociatív zavarban szenvedő páciensekre közösen jellemző specifikus tünetek közül jó néhány állhat közvetlen kapcsolatban a mentalizáció sikertelenségével. Az egyik tudati állapotról egy másikra történő átkapcsolás, amely a disszociatív identitászavart kíséri, és amely arcon megjelenő, testtartásbeli, motoros, beszédbeli, affektív és kognitív változásokban jelenik meg, azért lehetséges, mivel nem létezik az identitásnak egy olyan magtudata, amelybe a külső tapasztalatok és a belső élmények konzisztens módon beépülnének. Esetükben az én-élmény olyan reprezentációkat tartalmaz, amelyek egy nem reflektív másiktól származnak. Ezeket a reprezentációkat az illető a szelf részeként *éli át*, miközben azok nem a szelfben gyökereznek. E reprezentációk közötti átkapcsolás valószínűleg akkor jelenik meg, amikor a szelfben lakozó „idegen másik” nem vetíthető ki egy másik testre, egy valóságos személyre.

A szelf tökéletlen strukturalizációja eredményezi a disszociatív betegek esetében azt, hogy megtagadják a saját testük és cselekedeteik fölött érzett

felelősséget. Ez minden olyan beteg esetében rendkívüli fontosságú, aki gondolkodását úgy kontrollálja, hogy önmagát sérti meg fizikálisan. A fájdalmat valószínűleg csak a pszichés szelf-reprezentációnak a fizikai reprezentációról történő patológiás leválása teszi elviselhetővé. Továbbmenve, a viselkedés és az intenció közötti normális integráció, mely az én hatékonyságának érzését adja, olyan gondozó jelenlétével valósulhat csak meg, aki képes mentalizálni a gyermek intencionális állapotait, és aki képes a külső körülményeket összhangba hozni a csecsemő kezdetleges akcióival. E korai tapasztalatok hiányában a szelf nem élheti át, hogy valódi birtokosa a test cselekedeteinek, ez pedig további akadályt emel mind a kívülről, mind pedig a belülről jövő erőszak átélésével szemben.

Összefüggés a borderline állapotok és a kötődési státus között

Egy folyamatban lévő kutatásunkban (Fonagy és mtsai, 1996) a londoni Cassel Kórházban 85 nem pszichotikus bent fekvő beteggel vettük fel a Fel-nőtt Kötődési Interjú (AAI). A betegeknek mintegy negyven százaléka felelt meg a borderline személyiségzavar diagnózis kritériumának. A minta AAI osztályozásbeli megoszlása a diagnosztikus folyamattól teljes mértékben függetlenül alakult ki, és a megoszlás alapján a borderline személyiségzavar nem különült el az egyéb személyiségzavarok diagnosztikus kategóriájától, viszont a belebonyolódó (különösen az E3) AAI kategória aránya jóval nagyobb volt, mint amit a véletlen alapján várhattunk volna (75%).

Ennek ellenére a borderline betegek interjúi elkülöníthetőek voltak a többi betegétől, a következő három jellemző kombinációja mentén:

1. Az AAI elbeszélésekben nagyobb arányban fordult elő szexuális zaklatásról történő beszámoló.
2. Szignifikánsan alacsonyabb pontszám jelent meg a reflektív funkció skáláján.
3. Szignifikánsan magasabb pontszám jelent meg azon az AAI skálán, amely a bántalmazás élményének feldolgozhatatlanságát mérte, viszont nem jelent meg magas pontszám a vesztés skáláján.

Továbbá, szignifikáns interakció jelent meg a zaklatás és a reflektív funkció között: azok, akik elszenvedték a zaklatás élményét, és alacsony reflektív funkcióval bírtak, jóval nagyobb valószínűséggel rendelkeztek a borderline személyiségzavar diagnózisával. Ezek az eredmények összhangban állnak azzal a feltevésünkkel, hogy a gyermekkorukban súlyos bán-

talmazás élményét elszenvedő egyének, akik erre az élményre a reflektív funkció gátlásával reagálnak, sokkal kevésbé képesek feldolgozni a zaklatás élményét, és sokkal nagyobb valószínűséggel alakul ki náluk borderline személyiségzavar.

A gyermekkori bántalmazásnak lehetnek hosszú távú következményei, de nem minden esetben; azt pedig, hogy milyen tényezők határozzák meg a kimenetelt, csak részben értjük. Felvetésünk szerint ha egy gyermek bántalmazott is, de rendelkezésére áll egy jelentésteli kötődési kapcsolat, amely biztosítja az interszubjektív alapokat a mentalizáló képesség fejlődéséhez, akkor a gyermek képes lesz élményeit feldolgozni (átdolgozni), és a zaklatás kimenetele nem végződik súlyos disszociatív személyiségzavarban. Természetesen nem azt várjuk, hogy a reflektív folyamatok megvédjenek ezeket a gyermekeket bizonyos epizodikus pszichiátriai zavaroktól, mint amilyen a depresszió is, hiszen az epidemiológiai adatok arra utalnak, hogy a gyermekkori bántalmazás áldozatai fokozottan veszélyeztetettek a pszichiátriai zavarok több formája (Tengely I.) szempontjából.

A bántalmazás feloldatlan élménye természetesen csökkenti a jelentésteli kapcsolatok kialakításának valószínűségét is, amely viszont elkerülhetetlenül tovább csökkenti a zavaró élmény reflektív folyamatok révén történő feloldásának valószínűségét is. Valójában egy olyan kapcsolati minta jöhet létre, amelyben generalizálódik a bizalmatlanság élménye, amely ahhoz vezet, hogy az illető elfordul a számára legjelentősebb személyek mentális állapotaitól, megtörténik a „mentális modul lekapcsolása”, és az illető az emberi kontaktustól megfosztottá válik. Ez magyarázhatja ezeknek a személyeknek az „érzeleméhségét”; és mégis, hamarabb vezetni őket gátolt mentalizáló képességük hibás működése rémisztő interperszonális konfúzióba és káoszba, mint hogy valódi kapcsolatba tudnának kerülni egy másik emberrel. Az intenzív kapcsolatokban inadekvát módon működő mentalizáló funkciójuk igen gyorsan sikertelenné teszi őket, visszaesnek a mentális reprezentációk fejlődésének interszubjektív állapotára, és többé nem képesek megkülönböztetni saját mentális reprezentációikat másokéitól, sem pedig ezeket a reprezentációkat az aktualitástól. Ezek a folyamatok összefonódnak, és a *másikban* (projekció útján) megélt másikkal kapcsolatos saját gondolatai, különösen agresszív impulzusai és fantáziái terrorizálják a személyt; gondolatai annyira bénítóvá válnak, hogy általában vagy elutasítja tárgyát, vagy úgy rendezi, hogy az utasítsa el őt. A pszichoanalízis vagy a pszichoterápia azonban megszakíthatja az ördögi kört – a reflektív képesség megerősítése révén.

Pszichoterápia és mentalizálás

A pszichoterápia egy nem pragmatikus (szimbolikus) elaboratív mentálisztikus álláspontot vesz fel. Ez elősegíti a reflektív funkció fejlődését, és általános hatásmechanizmusként hosszú távon növelheti a személy pszichikus rugalmasságát úgy, hogy a kapcsolatok reprezentációs rendszere fölötti kontrollt javítja. A személy reprezentációs modelljei átgondolás és változás tárgyává válhatnak. Ez a folyamat egy olyan, fokozatos és állandóan zajló beszabályozást jelent, amely ösztönzi a belső pszichikus világ fejlődését, ahol immár mások viselkedése is érthetőként, jelentésteliként és előre jelezhetőként élhető meg. Mindez csökkenti a mentális állapotok inkoherens és ijesztő reprezentációinak hasítására vonatkozó szükségletet, következőképp a mások elméjével kapcsolatos új tapasztalatok is könnyebben integrálhatóak lesznek a múltbeli kapcsolatok reprezentációs keretébe.

Mind a terapeuta, mind pedig a páciens mentális állapotainak folyamatos megnevezése, megértése és feldolgozása tehát lényeges eleme kell hogy legyen a terápiának, ha a mentális működés eme aspektusának gátlását akarjuk feloldani. Csak annak a többszintű és hosszú távú tisztázása, hogy a páciens hogyan érzékeli személyes kapcsolatait – beleértve a terápiás kapcsolatot is – teheti képessé őt arra, hogy elkezdje felépíteni azokat a mentális reprezentációkat, amelyek saját magát és másokat is gondolkodó és érző lényekként ábrázolják. Ennek révén létrejöhet önmagának egy olyan magtadata, amelyben már benne rejlik az ideák és a jelentés reprezentálásának a képessége, és ez lesz az alapja annak, ami végső soron lehetővé teszi a független, integrált létezés élményét.

Mindezek érdekében a kezelésnek valóban intenzívnek *kell* lennie, emellett sokrétűnek és mégis jól szervezettnek, egy azonos elméleti kereten belül. Hisszük, hogy egy olyan terápiás program, amely elkötelezi magát a mentalizáció kibontakoztatásának *szisztematikus* erőfeszítése mellett, hordozza a pszichoterápia terápiás hatékonysága növelésének ígérését azon betegek esetében, akik súlyos és összetett zavarokkal küzdenek, és ezt a hatékonyságot úgy növeli, hogy speciálisan e betegek klinikai és fejlődési problémáinak sajátos konfigurációját célozza meg a terápiás intervenciók megtételében. A súlyos személyiségzavarral küzdők pszichoterápiája az általunk tárgyalt modell kontextusában három célt tűz ki maga elé: 1) azt a célt, hogy létrejöjjön egy kötődési kapcsolat a beteggel; 2) azt a célt, hogy ezt a kapcsolatot egy olyan interperszonális kontextus felépítésére lehessen használni, ahol a fókusz a mentális állapotok megértésére irányul; és 3) és annak kísérletét, többnyire implicit módon, hogy olyan helyzeteket lehessen

teremteni, amelyekben a terapeuta a beteg szelfjét intencionálisként és valóságosként ismerheti fel, és biztos lehet benne, hogy a beteg világosan érzékeli a terapeutának az órá irányuló felismerését.

Hogyan néz ki tehát egy olyan terápiás megközelítés, amely a mentalizációra való képesség erősítésére összpontosít? A kezelés, legalábbis a kezdeti szakaszban három téma köré szervezett:

1. A reflektív folyamatok bővítése

Hogyan fogunk hozzá a mentalizáló képességek fejlesztéséhez? Először is ezeknek a betegeknek meg kell tanulniuk saját érzéseiket megfigyelni, valamint megérteni és megnevezni érzelmi állapotaikat, beleértve a fiziológiai és affektív jelzéseiket is. Segítségre van szükségük ahhoz, hogy a viselkedésük és a belső állapotaik közötti – mint amilyen például a frusztráció vagy a szorongás – tudatos és tudattalan kapcsolatot egyaránt megérthessék.

E folyamat részeként a terapeuta a beteg figyelmét azokra a körülményekre irányítja, amelyek például agresszív viselkedéshez vezettek nála, különösen azokra a helyzetekre, amelyekben félreértettnek érezhette magát, vagy úgy érezhette, hogy a körülötte levők szorongást váltanak ki belőle. A terapeuta tehát egy olyan mentalizáló perspektívát vezet be, amellyel *mind* a beteg, *mind pedig* a beteg számára fontos emberek mentális állapotaira fókuszál.

A fókusz, legalábbis kezdetben az egyszerűbb mentális állapotokra irányul. Ilyenkor inkább tisztázunk, semmint értelmezünk: „Lássuk, vajon jól értetem-e amit mondott?” Ezek a betegek ugyanis képtelenek elfogadni a konfliktus vagy az ambivalencia komplex mentális állapotait, viszont megérthetik az olyan egyszerűbb állapotokat, mint a vélekedés vagy a vágy. Jellemző módon képtelenek megragadni azt, hogy hogyan változnak a mentális állapotok az idővel. Épp ezért a beteg mentális állapotainak a terápiás kontextuson belül történő jelenbeli, pillanatnyi változásaival való munka kulcsfontosságú. Hasonlóképpen, a folyamat korai szakaszában a terapeuta általában helyesen teszi, ha tartózkodik attól, hogy összekösse a beteg érzéseit a dinamikus értelemben vett tudattalan, elfojtott vagy disszociált gondolatokkal. Az a személy ugyanis, aki képtelen felismerni saját szubjektív élményeit, aligha tudja azokat egy számára még hozzáférhetlenebb területtel kapcsolatba hozni. Természetesen a folyamat során a dolog természetéből adódóan a terapeuta mindig a tudattalanra is irányítja intervencióit, azokra az érzésekre és ideákra, amelyekhez a beteg korlátozottan képes csak hozzáférni.

A klinikai tapasztalat azt mutatja, hogy vannak betegek, akik az önreflexió előfutáraként hasznosítják a terapeutának azt a fajta értelmező munká-

ját, amely a saját mentális állapotaira irányítja a páciens figyelmét (Steiner, 1994). A terapeuta ilyenkor tisztázza, hogy mi a különbség aközött, ahogyan a beteg érez, és amilyen feltételezései vannak arról, hogy a terapeuta mit érezhet. A beteg megismerheti, hogy hogyan látják őt mások, és ez az ismeret aztán saját ön-észlelései magvává válhat. Természetesen a terapeuta nem szükségszerűen azt tárja a páciens elé, hogy valójában mit él át, hanem inkább arról gondolkodik hangosan, hogy a páciens hogyan élheti át az ő, azaz a terapeuta tudatállapotait abban az adott pillanatban. Néhány gyermekterapeuta ugyanezt a gondolatmentet követve találós kérdéseket használt (Moran, 1984). Például: „Mit gondolsz, mit gondoltam ma rólad?” Az, hogy a beteg a terapeutát olyan intencionális lényként lássa, akinek saját mentális élete van, lényeges előfeltétele a terápiás dialógusnak. Ennek eléréséért legtöbbször azon a kontextuson belül kell harcolni, amit meghatároz a páciensnek azon törekvése, hogy erre az új kapcsolatra is a nem gondolkodó, nem mentalizáló kapcsolati modelljét terjessze ki.

2. A játékos szempont felvétele az impulzuskontroll erősítése és az önszabályozás fejlesztése érdekében

Az ilyen típusú betegek számára gyakran a kapcsolatnak egy olyan átmeneti terét kell létrehozni, ami hasonló a Winnicott (1963) által leírt átmeneti élményhez. Egy ilyen átmeneti, „mintha” térben (amelyet gyakran a beteg és a terapeuta együtt hoznak létre), és amely a fantázia és a valóság között helyezkedik el, a beteg elismerheti vagy megtagadhatja saját elutasított érzéseit és élményeit, valamint próbára teheti a terapeutát a tekintetben, hogy mennyire tud az ő, azaz a beteg szelfjének sérülékeny részeire reagálni, ráhangolódni és azokat tiszteletben tartani. Az interakció lényege ilyenkor egy biztonságos kontextus megvédését jelenti, amelyen belül az ideákkal való játék azt eredményezi, hogy azokat valóban ideákként lehet majd átélni. A páciens saját fenyegetését, még ha az csak verbálisan és nem fizikálisan történik is, cselekvésként éli meg. Azok képzetekké fordítása a terapeuta által lehetővé teszi, hogy azokkal már lehet játszani, lehet őket mentalizálni, következésképp lehetőség nyílik megértésükre is. A zaklatást átélt személy számára a felnőtt mentális világa túlzottan valós fenyegetést jelent ahhoz, hogy ebben a világban játszani lehessen, következésképp az elkerülésre és menekülésre készíti. A terapeuta attitűdje és verbalizációja lehetővé teszi, hogy megnyíljon egy ablak a szelf és a másik mentális világára, de ahhoz, hogy használni tudja ezt, a betegnek kell bátorságot gyűjtenie ahhoz, hogy benézzen ezen az ablakon, és megtalálja saját érzéseit és képze-

teit – és ez olyan dolog, amelyet azelőtt sohasem érezhetett biztonságosnak. A folyamat kulcsa, hogy facilitálni kell egyfajta támaszpont létrehozását, az én és a másik kapcsolata terének kialakítását. Ha a beteget túl korán konfrontáltatjuk védekezéseivel, azaz mielőtt még ez a támaszpont kialakulhatott volna, a betegnek csak a terapeuta és a terápia leértékelésére, kontrollálására és az eltávolodásra való igényét erősíthetjük.

A játékos szempont felvételének képessége kritikus lépés lehet a mentálizáció fejlődésében, mivel ez két valóság egyidejű tartalmazását kívánja meg: a mintha és a tényleges valóságét, és ennek összhangban kell állnia a másik személy tudatállapotának folytonos olvasásával. Gyakran a terapeutának kell egy olyan kontextust teremtenie, amelyben a mintha attitűd felvétele lehetőségessé válik. Például hangjának intonációját eltúlzottá teheti, hogy ezzel jelezze a betegnek az interakció mintha természetét, használhatja a humort, ugratást, vagy tehet visszavonulásra utaló megjegyzéseket. A gyermekterapeuták választhatnak ilyenkor például olyan játékokat, amelyekről egyértelműen látszik, hogy alkalmatlanok arra, hogy velük intencionális álláspontot lehessen kifejezni (például egyértelmű, túl egyszerű játékokat).

A terapeuta fokozatosan, lépésenként bátorítja a beteget arra, hogy gondolkodásába apró változtatásokat vezessen be, és hogy ennek révén jobban megérthesse a valóság összetettségét, korlátait, az emiatt keletkezett konfliktusokat és frusztrációkat is. A beteg így képessé válik alternatív interperszonális álláspontok kipróbálására is. A vélekedések és az érzések, majd azt követően a gondolatok is átélhetőekké válnak anélkül, hogy valódi következmények veszélyét hordoznák, a megfigyelhető viselkedésben érzékelhető változások vagy a viselkedés jól látható kimenetele értelmében. Ekkor mondható el, hogy a beteg túllépett konfliktusos kötődési kapcsolatainak egy teleológiai módon történő megkonstruálásán.

3. Az áttételben zajló munka

Végezetül, a hangsúly az áttételben zajló munkán van – aholis az „áttélt” nem a klasszikus értelemben értjük, amikor azt várjuk a páciens-től, hogy szüleivel kapcsolatos érzéseit és gondolatait „átvigye” a terapeutára. Mégis, a terapeutával való kapcsolat központi helyet foglal el, mert a betegnek az önmagával és a terapeutával kapcsolatos érzéseinek tisztázása a leghatékonyabb útja a mentalizáló képesség megszerzésének.

A terapeuta egy olyan nem pragmatikus, elaboratív, mentalisztikus hozzáállást vesz fel, amelynek segítségével a beteggel szemben annak követelményét támasztja, hogy egy jóindulatú másik gondolataira és érzéseire fi-

gyeljen és fókuszáljon. Ez a hozzáállás önmagából fakadóan felszabadítja és fokozza a beteg reflexióra és önreflexióra való veleszületett hajlandóságát. De ami még talán ennél is fontosabb: a beteg képes lesz megtalálni önmagát a terapeuta mint gondolkodó és érző lény tudatának tükrében, és olyan reprezentációt építhet fel, amely kora gyermekkorában sohasem fejlődhetett ki teljesen, és amelyet a későbbiekben szerzett fájdalmas interpersonális tapasztalatok is valószínűleg alááshattak. A beteg mag-szelf struktúrája ilyen módon megerősödhet, és a belső állapotok mentális reprezentációi fölött elegendő kontrollt szerezhet ahhoz, hogy a valódi pszichoterápiás munka elkezdődhessen. Még akkor is, ha a munka ezen a ponton megállna, a beteg már eddig is sokat ért el, a viselkedés megértése, jelentéstelisége és megjósolhatósága értelmében. A terapeuta mentális állapotokkal szembeni attitűdjének internalizációja fokozza a betegnek azon képességét, hogy hasonló attitűdöt alakítson ki saját élményeivel szemben. A mások lelke iránti respektus kiváltja a szelffel szembeni respektust, és a másik figyelembe vétele és tiszteletben tartása végső soron az emberi közösséggel szembeni megbecsüléshez vezet. Ez a respektus az, amely a terápiás törekvéseket is vezeti és szervezi, és amely a legnagyobb hitelességgel erősíti pszichoanalitikus örökségünket.

Véggövetkeztetés

A pszichoanalitikus terápia kegyetlen támadások célpontja a legtöbb olyan országban, ahol gyakorlatát folytatják. Ennek ellenére a súlyos pszichés zavarok pszichoszociális kezelésére vonatkozó igényt jól illusztrálják a terápiás kimenetelt vizsgáló tanulmányok, amelyet még a viselkedés-, a kognitív és a rendszerszemléletű családterapeuták is egyre inkább lényegesként ismernek el. A mi javaslatunk egy olyan váltás az analitikus technikában, amelynek során a fókusz nélküli, konfliktus- és belátásorientált megközelítés egy jól fókuszált, mentalizáló megközelítést alkalmazó terápiává alakul, amit véleményünk szerint már mások is széles körben alkalmaznak, akik súlyosabb pszichés zavarokkal küzdő betegeket kezelnek. A pszichoanalitikus képzésben való részvétel, a személyes terápia és a szupervízió azonban kulcsfontosságú abban, hogy a klinikus képes legyen érzelmi reakcióit a beteg szubjektív világának jobb megértése érdekében használni, és hogy ne essen a kapcsolat rigid, nem átgondolható mintáinak kelepéjébe. Az itt javasolt technikát, valamint az azt megalapozó elméleti elképzelése-

ket a megelőzésben is jó hatásfokkal lehet hasznosítani, például a szülőket felvilágosító képzésben, a családlátogatási programokban, az óvodai oktatásban és a bűnözést megelőző intervenciókban.

Az általunk javasolt változtatás a terápiás célban és a fókusz elsődlegességében természetesen nem egy radikálisan új változtatást kínál, és más megközelítések felhasználását sem zárja ki. Állításunk legszilárdabb pontja, hogy a súlyos karakterzavarok olyan technikai módosítást kívánnak meg, amely a mentalizáló megközelítést helyezi előtérbe. Elképzelésünk leggyengébb pontja, hogy új zsargont vezetünk be egy olyan területre, amelyet már amúgy is elárasztott a terminológiai zűrzavar. Még itt is lehetnek azonban olyan értékek, amelyek a pszichoanalitikus ismeretek és a fejlődési kognitív tudomány összehangolása eredményeképpen szülehetnek meg.

Hámori Eszter fordítása

IRODALOM

- BARACH, P. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation Progress in the Dissociative Disorders*, 4, 117–123.
- BENJAMIN, L.–BENJAMIN, R. (1994). Application of contextual therapy to the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation Progress in the Dissociative Disorders*, 7, 12–22.
- FONAGY, P.–LEIGH, T.–STEELE, M.–STEELE, H.–KENNEDY, R.–MATTOON, G.–TARGET, M.–GERBER, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22–31.
- FONAGY, P.–TARGET, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Developmental Psychopathology*, 677–699. Magyar fordítását lásd jelen számunkban (5–43. old.)
- MORAN, G. (1984). Psychoanalytic treatment of diabetic children. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 38, 265–293.
- OLIVER, J. E. (1993). Intergenerational transmission of child abuse: Rates, research, and clinical implications. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1315–1324.
- ROSS, C.–NORTON, G.–FRASER, G. (1989). Evidence against the iatrogenesis of multiple personality disorder. *Dissociation Progress in the Dissociative Disorders*, 2, 61–65.
- STEINER, J. (1994). Patient-centered and analyst-centered interpretations: Some implications of containment and countertransference. *Psychoanalytic Inquiry*, 14, 406–422.
- WINNICOTT, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 1–9.
- WINNICOTT, D. W. (1967). Mirror-role of the mother and family in child development. In P. Lomas (Ed.), *The Predicament of the Family: A Psycho-Analytical Symposium* (26–33). London: Hogarth.