



**Az első
pszichoterápiás
interjú**

Hermann Argelander

SPRINGMED KIADÓ

„Régi adósságot törleszt a kiadó, amikor megjelenteti Argelander korszakos kötetét. Kézirat formában évek, évtizedek óta használják a pszichológus-képzésben, továbbképzésben, a szociális munkások oktatásában, és remélhető, hogy a jövőben felfedezik maguknak a jogászat különböző terepein, valamint az emberi erőforrások válogatásában is. Argelander módszerével készített első interjú a pusztai adatvételeből tartalmas és tudatosan vezetett beszélgetéssé alakult át.”

Dr. Alpár Zsuzsa, pszichológus

„Az első interjú kimeríthetetlen téma, sokfelé ágaztatható, de a gyakorlat számára minden vonatkozásában fontos. Érdekes és kell vele foglalkozni. Argelander könyve a korai, kezdeti próbálkozások egyike a feltárára, megvilágításra. Ezen a könyvön át könnyebben juthatunk el a probléma – és ezen át a pszichoterápiás folyamat – megértéséhez.”

Dr. Buda Béla, pszichiáter

X 33711

ISBN: 963 9456 84 5



9 789639 456846

Ára: 1980 Ft

X 33711

Hermann Argelander

**AZ ELSŐ PSZICHOTERÁPIÁS
INTERJÚ**

SPRINGMED  KIADÓ

A fordítás az alábbi kiadvány alapján készült:
Hermann Argelander: *Das Erstinterview in der Psychotherapie*
Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt,
hatodik változatlan kiadás, 1999

© Fordította: Dr. Alpár Zsuzsa
Szerkesztette: Erdey-Grúz Ágota
Az utószót írta: Dr. Buda Béla
A magyar kiadás előkészítésében részt vett: Campos Jimenez Anna

Hermann Argelander: Az első pszichoterápiás interjú
SpringMed Kiadó, 2006
ISBN 963 9456 845

Minden kiadói jog fenntartva. A mű egészének vagy részleteinek utánnymása, átvétele, elektronikus adathordozón rögzítése vagy bármilyen más módon történő sokszorosítása kizárólag a kiadó előzetes engedélyével történhet.

SZTE Egyetemi Könyvtár



J000561217

SpringMed Kiadó Kft.
1519 Budapest, Pf. 314.

Honlap: www.springmed.hu

Felelős kiadó: Dr. Böszörményi Nagy Klára

Tipográfia és borítóterv: Hidden Box Stúdió Bt.

Honlap: www.hiddenbox.hu

Tördelés: Sárközy Andrea

Marketing: Tomka Dorisz

Nyomás és kötés: Aduprint Kft.



TARTALOM

Bevezetés	7
Előszó	10
A „szokatlan beszélgetéshelyzet”	14
A beszélgetőpartnerek, motivációik és feladataik	21
A beszélgetéshelyzet kialakítása	38
A beteg, a betegsége és a betegség jelentése	48
Pszicho-logika avagy a gondolkodás szokatlan formája	60
A beszélgetéshelyzet dinamikája	70
A beszélgetéstartalom alakja	79
A beszélgetéshelyzet hatásai	90
Az interjú mint határhelyzet	100
A diagnosztikus interjú	111
A terápiás interjú	119
A képzés problémája	124
Utószó (Dr. Buda Béla)	129
Szakmai szervezetek	141
Folyóiratok, hasznos címek, linkek	145
Ajánlott irodalom	148
A SpringMed Kiadó kiadványai	149

X 337 1 1

Tény, hogy a pszichoterápia még mindig fiatal tudománya rengeteg praktikus tapasztalatot gyűjtött össze, amiket át kell adni a diákoknak, és ez természetesen hosszú időre függővé teszi őket tanítójuktól. A végül megszerzett készség és tudás nemcsak intellektuális természetű, hanem arra a képességre is épül, hogy személyes bevonódással saját személyét – átfogó értelemben – instrumentumként használja. Ez teljesen másfajta alkalmazkodást kíván, mint amiről a legtöbb más tudományban szó van.

*(R. Eckstein és R. S. Wallerstein:
The Teaching and Learning of Psychotherapy,
Basic Books, New York, 1958)*

BEVEZETÉS

Készségesen teljesítettem a Wirtschaftliche Buchgesellschaft ajánlatát, hogy a tudomány mai állásának megfelelően mutassam be a pszichoterápiás első interjút. Ezzel a témával 1967-ben egy hosszabb munkában foglalkoztam (Psyche, XXI. 1967, 341. o). Az eredeti céllal ellentétben, hogy ugyanis az ismeretek szakszerű dokumentációját közöljem, ennek a könyvnek nagyon is személyes jellege van. Félreismerhetetlenül magán viseli a Sigmund Freud Intézet nagyon aktív csoportjában folytatott vitáink nyomait. Ahogy a két munka összehasonlításából kiolvasható, folyamatos érdeklődésünk még korántsem zárta le tisztázott szemlélettel a témát. Egymagában az újonnan bevezetett „tükör” mögötti interjúmegfigyelési helyzet is olyan sok új problémát vet fel, hogy e munka gondolatai befejezetlenek, lezáratlanok maradtak. Sőt, egyenesen hálás vagyok minden házon belüli kollégámnak, akik ebben a közös munkában részt vettek. Hálás vagyok továbbá a Sigmund Freud Intézet igazgatójának, dr. A. Mitscherlich professzor úrnak fáradozásaink támogatásáért, valamint a betegeknek, akiktől beszélgetéseink ismételt átgondolásával sokat tanultam.

E kötettel azon fáradoztam, hogy a pszichoanalízis tudományos szaknyelvét a szemléletes beszélgetéshelyzetekben alkalmazzam, és beérjem néhány, többé-kevésbé ismert fo-

galommal anélkül, hogy a tényállást leegyszerűsíténém, vagy felületes lennék. Ily módon remélem, hogy tájékoztathatom az érdeklődő olvasót arról, hogy mire képes az első interjú, és hogy mely előítéleteknek, illetve hamis elvárásoknak nincs többé helyük.

Talán nőni fog a megértés a pszichoterapeuták nehéz és igényes munkája iránt, valamint az ilyen beszélgetésben való egyéni részvétel során nő majd a tudatosság is. Az érintett pszichoterapeutákat szeretném bevezetni az interjútechnikába, ha elég türelmük van ahhoz, hogy a megértés többre-
tegyű síkjait saját első tapasztalatuk irányítása alatt feldolgozzák. A képzés igényei egyre inkább fokozódnak, úgyhogy a kezdő nem alkothat idejekorán átfogó képet arról, hogy mi vár rá jövődő praxisa során.

Különösen tanulságos bepillantani a pszichoterápiás beszélgetések észlelési és gondolkodási folyamataiba, a hozzájuk csatlakozó első kontaktusfelvételbe – azaz az első interjúba –, miután ez jól áttekinthető. Az általános pszichoterápiás képzéssel együtt fejlődik a technikai gyakorlat. A nem megemésztett elméleti tudás túlságosan korai elsajátításával fékezi és torzítja a természetes pszichológiai észlelési potenciál teljes kibontakozását. A nem teljesen kiképzett pszichoterapeutákkal folytatott csoportmunkánkban meglepett minket emberi együttérzésük spontaneitása, ami különleges alkalmasságukat tanúsítja erre a képzésre. E tapasztalatoktól indítva azon fáradoztam, hogy éppen ezt az egyszerű, szubjektív észlelést tereljem a helyes irányba, anélkül azonban, hogy a bonyolult összefüggéseket elködösíténém.

Felhalmozott ismereteink bősége ellenére, szaktudásunk még mindig azon a kiindulóponton van, amit Sigmund Freud zseniális intuíciója fémjelez. A pszichoterápia még ma is azt jelenti, hogy az ember feltáratlan lelki területein tapogatózunk, és romantikus érzélgősség nélkül őrizzük meg tiszteletünket az emberi élmények titokzatos és csodálatosan összekuszált útja előtt.

Szükségszerűen praktikus és didaktikus oka van annak, hogy az első interjút sajátos pszichoterápiás folyamatként elhatároljuk. Ennek ellenére a pszichoterápia alkotóeleme marad, és emiatt arra is igényt tarthat, hogy részesüljön minden új felismerésben, és ne felejtődjék el egyszerű élettrajzi adatfelvétel elhanyagolható raktáraként. Levezetését jól képzett pszichoterapeutáknak kell fenntartani.



ELŐSZÓ

Feladatom – az első interjú részletes bemutatása – megvalósítása során nem a technikai sajátosságok vagy a gyakorlati utasítások rendszerező leírása lebeg a szemem előtt, hanem az interjúkonceptió elmélyítése. Tervem sikeréből a gyakorlat számára kényszerítő következmények adódhatnak. Ebben az értelemben megkísérlem felvázolni az első interjú modern koncepcióját.

Az első interjú meghatározó eredménye az interjú során nyert információk feldolgozásából jön létre. Ez az állítás megfontolásaim kiindulópontja, ami alaposabb meghatározást tesz szükségessé. Megfigyeléseim szerint ezek az információk – önkényes elhatárolással – három különböző forrásból származnak. Ezeket eredetük szerint az eddigi interjúgyakorlatban nagyon különbözően értékelték, egymással szemben kijátszották, sőt részben – mint használhatatlankat – elvetették.

A legelső a közismert *objektív információk*: a személyi adatok, életrajzi tények, meghatározott viselkedésmódok és személyiségjegyek, amelyek mindenkor ellenőrizhetőek. Ezeknek az adatoknak megvan a maguk súlya, ha egy adatkonstelláció révén pszichológiai állítássá válnak, és ily módon objektív információk jellegét öltik. Így például: egy beteg válási gondolatok miatt jelentkezik egy beszélgetésre.

Hároméves gyermeke van. Szülei szintén elváltak, amikor ő egyéves volt. Arra a kérdésre, hogy mióta foglalkozik a válás gondolatával, a beteg így felel: két éve.

Ezek az adatok egyenként ellenőrizhetőek, és a beszélgetés során összefüggéstelenül jelentkezők. A belőlük adódó összefüggés pszichológiai állításként a következő objektív információ formájában fogalmazható meg: a beteg – szüleiivel azonosulva – akkor foglalkozik válási szándékkal, amikor gyermeke olyan korú lett (egyéves), mint ő volt szülei válásakor. Az ilyen azonosulással összekötött motivációt a pszichológus jól átérezheti. „Gyermekemnek se legyen jobb, mint nekem volt annak idején.” Még írásos életrajzi adatokból is nyerhetünk ilyenfajta információkat anélkül, hogy személyesen beszélgettünk volna.

Az objektív adatokból nyert összefüggések során az észlelés legdöntőbb eszköze a szaktudás. Ezt az információforrást használják a leggyakrabban. Adatai ellenőrizhetőek és abszolút megbízhatóak. Az így nyert információk azonban gyakran többértelműek. A pszichológiai állítások megbízhatósága végső soron a szakértelemtől és a meggyőző logikai kombinációs készségtől függ. Az értelmezés relatív igazságának a logikus evidencia a kritériuma. Ily módon a beteg személyiségéről olyan rekonstruált képet nyerünk, amely sematikusnak hat, és nélkülözi a személyiség egyedi vonásait. Tudományos célból az ilyen rekonstrukciók különösen gyümölcsözőnek bizonyulnak, azonban az egyéni kezelési folyamat előrejelzéseiként csak kevésbé értékesek. Ezek a felismerések főként értelmi belátáson alapulnak.

A második adatforrásnak a *szubjektív információkat* nevezem. A belőlük nyert adatok többé-kevésbé megbízhatóak. Kizárólag az a jelentés a döntő, amit a beteg annak tulajdonít. Az adatok jelentés-összefüggéséből nyert információkat a pszichoterapeuta nem képes egyedül feltárni, ezek kizárólag a beteggel közösen folytatott munka révén válnak észlelhetővé. A szubjektív információk észlelésének kizárólagos instrumentuma a beteggel az interjúhelyzetben létrejött kapcsolat. Az egyszer már megszerzett információ abszolút egyértelmű, de nehezen ellenőrizhető. Megbízhatóságának a szituatív evidencia a feltétele, az információk és a helyzetben lejátszódó történések közötti pregnáns összhang érzése. A betegről nyert kép nagyon eleven, azonban csak az interjú aktuális kapcsolatszintjére korlátozódik, igen alkalmas a kezelési folyamat előrejelzésére, de egyéni vonatkozásai és az adott helyzethez kötöttsége miatt nehéz más személyekkel összehasonlítani. Ismeretértéke inkább élményfeldolgozó belátásból adódik (l.: a következő fejezetben említett példát).

A *szcenikus vagy szituatív információk* csak hangsúlyeltolódás miatt különböznek a szubjektívaktól, mindazonáltal az eltolódás olyan jelentős, hogy külön elnevezést igényel. A szubjektív információknál még előtérben állnak a közölt adatok, amelyeknek a beteg szubjektív jelentőséget kölcsönöz. A szubjektív jelentés a helyzet történéseivel másodlagos összefüggésben áll, és ezáltal válik evidenssé. A scenikus információnál a szituáció élménye dominál minden érzelmi rezdülésével és képzettársulásával együtt – még akkor is, ha

a páciens hallgat. Az adatokkal való kapcsolat másodlagos. Az információ megbízhatóságának éppen a szituatív evidencia a kritériuma. Ezt a súlypont eltolódása miatt akár scenikus evidenciának is nevezhetjük, hogy a szavak szintjén is különbséget tegyünk. Az ilyen információ praktikusán alig vizsgálható újra ismétlés révén, és emiatt a legtöbb terapeuta elveti vagy elhallgatja, jóllehet a terápiás folyamat prognózisához ez a legtanulságosabb. Az észlelés instrumentuma egyes-egyedül az interjúvoló személyisége, amit ráállít a pácienssel való tudattalan kapcsolat területére, és összehangolja vele. A következő fejezet második példájában egyenesen ez a scenikus információ lép működésbe.

A kapott személyiségkép és pszichikus zavarainak megbízhatósága három forrásból adódó információk integrációjával növekszik. Ez a cél kiküszöböli a három információforrás különböző megítélését és a használhatóságukról folytatott végeláthatatlan vitát.

A „SZOKATLAN BESZÉLGETÉSHELYZET”

Pszichoterapeutaként első interjún azt a beteggel folytatott első és általában egyszeri, időben behatárolt beszélgetéshelyzetet értjük, amely meghatározott célt szolgál. E könyv témája: az interjúhoz kapcsolódó célképzetek. A definíció a beszélgetést tiszta határok közé szorítja, és meg kell akadályoznia, hogy engedjünk annak az izgalmas csábításnak, hogy másféle beszélgetéshelyzetbe tévedjünk.

Az így kijelölt keretek meghatározzák a beszélgetéshelyzet külső kereteit, és – tervszerűen végrehajtva – technikai elvként hatnak, strukturálják a beszélgetés felépítését. E külső határok révén a beteg megjelenése, viselkedése, verbális közlései és az első interjú eseményei a beteg személyiségéről levont következtetéssé sűrűsödnek össze. Már az első interjú megkezdése előtt érvényesülnek bizonyos hatások, amelyek a lelki betegségekről és kezelésükről alkotott elképzelésekből és előítéletekből származnak, és az „előtér” jelenségét alkotják. Ezek például a bejelentkezés módjában nyilvánulnak meg, és már előre hatnak a beszélgetés alakulására. Maga a beszélgetés közlési, kommunikációs és megismerési eszközként csupán az egyik, jóllehet centrális alkotórésze ennek a helyzetnek. Bevezetőül egy pszichoterápiás óra rövid beszélgetésrészletével szeretném érthetővé tenni,

hogy milyen szokatlan formában kuszálódnak össze e helyzetben a közlések és történések.

Pszichoterapeuta: „Ez pont olyan, mint amikor maga 12 éves volt.”

Beteg: „Természetesen, most egyszeriben világossá vált számomra, hogy ez pontosan ugyanolyan.”

A pszichoterapeutát meglepte ez a megerősítés, mert a beteg röviddel azelőtt maga közölte vele ezt az összefüggést. A pszichoterapeuta feltételezte, hogy ő csak valamilyen régóta ismertre utalt, és azt kellett látnia, hogy a beteg ezt az utalást tökéletesen új ismeretként kezelte.

Általános beszélgetési tapasztalatainkból arra következtethetnénk, hogy ez a beteg vagy feledékeny, vagy zavarban van. Rámutathatnánk a tévedésére, sőt, vitázhatnánk vele arról, hogy kettőnk közül voltaképpen ki tévedett. A pszichoterapeuta nem áll meg az ilyen látszólag objektív értékelésnél, hanem mindig és mindenütt az események *szubjektív jelentését* keresi. Ezen a nyomon váratlan és szokatlan irányba tereli a beszélgetést:

Pszichoterapeuta: „Kiesett az emlékezetéből ez a már ismert összefüggés, és én megőriztem magának.”

Beteg: „Igen, most jut eszembe, az előbb én magam mondtam ezt el így magának.”

Pszichoterapeuta: „Ha tehát megőrzöm magának, akkor maga a 'sajátjaként' képes felismerni.”

A beszélgetés egy meglepő fordulatot tartalmaz, ami ugyan teljesen logikus, és a beszélgető partner azonnal megérti, azonban a kívülálló számára idegennek tűnik. Nem szoktunk egy kijelentést szubjektív értelmében vizsgálni, és emiatt nem ötlük fel, hogy egy látszólag értelmetlen közlésnek váratlan jelentése lehet, ha ezt magára a helyzetre vonatkoztatjuk. A beszélgetéshelyzet az észlelés és a gondolkodás szokatlan formáját foglalja magában. Ezt a sajátosságot többé nem téveszthetjük szem elől.

A beszélgetés első része a beszélgetés tartalmára, a második része magára a helyzet folyamatára vonatkozik. Ez a transzformáció oda vezet, hogy a beteg meglepődik saját közlése jelentésén. Ebből arra kell következtetnünk, hogy a beteg számára közlése mögöttes értelme nem volt tudatos. Tehát a terapeuta olyan közléssel segítette a megértést, amit a beteg tudattalanul bevezetett, és egy magáról tett különös kijelentésre használt fel. Ez a kijelentés így hangzik: „Valamit képtelen vagyok a 'sajátomként' felismerni. Csak ha valami megőrzi ezt nekem, akkor tudom ismét 'sajátomként' azonosítani.” Ezzel a beteg magában a helyzetben mutatja identitászavarát, beleértve egy idegen objektvtól való nagyfokú függőségét. Mindkét partner olyan eseményről beszél, ami köztük játszódott le. A páciens betegségéről ez a tudattalan információ igen értékes, és elveszett volna, ha a beszélgetés másként, azaz a hagyományos értelemben zajlik le.

Fontos tudattalan közléseknek az a nyilvánvaló tendenciájuk, hogy a beszélgetéshelyzetben megnyilvánuljanak. Mint mondtuk, a példaként használt beszélgetésrészlet nem egy

interjúból származik, hanem egy kezelési órából. Ezért megpróbálok az irodalomból egy teljesen semleges példát keresni, hogy az imént mondottakat elmélyítsem.¹

„Egy hatvanas évei elején járó, magas állami állásban lévő jogász azért jött el, hogy családi problémájában tanácsot és segítséget kérjen. A nyári hőség ellenére különösen gondosan és ünnepélyesen volt felöltözve. Először jövelele okát vázolta és 'referátumát' alaposan előkészítette. Ehhez iratokat használt, hogy a pszichológiai összefüggések szempontjából teljesen jelentéktelen adatokról informáljon, és természetesen a korábban mondottakat korrigálja. Némiképp csodálkozott, hogy a magával hozott irományok iránt a pszichoterapeuta oly kevésbé érdeklődik. Csak 25 perc elteltével tért rá a tanácskérő a családi viszonyaira. A személyi adatoknál alig mondott többet feleségéről és kiskorú, illetve már felnőtt gyerekeiről. Aztán elhallgatott, és vára-közisteljesen nézett a terapeutára.”

W. Schraml ebben a közleményben nem a beszélgetést, hanem a beszélgetéshelyzetet adja vissza, leírja a személyiségről és individuális beszédmódjáról szerzett benyomását. Közben így töpreng:

„A terapeutát eléggé dühítette a hosszú és teljesen terméketlen ceremónia, diagnosztizálta a kiszikkadt jogász sztereotípiáit, és ezért tudatosan, barátságosan és gyöngéden kérdezte tőle, hogy a gyerekek-

¹ W. Schraml: Ebenen der klinischen Interviews. Separatabdruck aus: *Person als Prozess*. Verlag Huber, Bern-Stuttgart, 1960, 164. p.

nek – mindenekelőtt a fiúknak – nem nehéz-e, hogy ilyen sikeres és pedáns apjuk van, akit még utolérni is aligha lehet, nemhogy túlszárnyalni.”

Ez a kérdés egyben értelmezés, mert azt igyekszik belátatni, hogy milyen nehéz lehet ilyen apa fiának lenni. A terapeuta felfogja a beszélgetés tartalmát és kérdéssé fogalmazza; magabiztossága, hogy így és nem másként kell viselkednie, a beszélgetéshelyzet élményéből adódik. Tudattalanul manifesztálódik benne a beteg jelentőségteli közlése: Én ilyen tökéletes és utolérhetetlen ember vagyok. Emiatt mindenkinek nehéz velem, és nekem is nehéz velük. Nem tévesztett célt a terapeuta által átélt részlet, illetve kérdése: „Az embereknek nehéz magával?”

„A szemben ülő először meghökkent ezen a váratlan és látszólag nem is a tárgyhoz tartozó megjegyzésen. De aztán felragyogott az arca, és mesélni kezdett...”

A beszélgetés szokatlansága a közvetlen szituáció és a benne megjelenített tudattalan közlés összevonásával jött létre. Közlési orgánumként magának a helyzetnek lett súlya, mivel a beszélgetés tartalmának külön jelentést vagy – mint jelen esetben – *jelentésbeli bizonyosságot* kölcsönzött.

Didaktikus okokból azért nem említettem még a beszélgetés tartalmának jelentőségét, az objektív információk vagy „kemény adatok” értelmében, hogy a szituatív mozzanatot állítsam előtérbe. Az utóbbi példából levezethető, hogy az

objektív, szubjektív és szituatív információk „összességéből” integrált „személyiségképet” keresünk, hogy ezáltal lezárjuk az adatok meghamisításáról folyó terhes vitát a pszichoterápia terén. Az ebből a három forrásból származó adatok látszólag egymástól független anyagot tartalmaznak, amit általában egymástól elszigetelten használnak fel. Az interpretáció főként az olyan szubjektív és szituatív információkra támaszkodik, amelyek tartalmát az objektív adatok megerősítik. Ezzel szemben az *összes adat integrációja* új információalakzathoz vezet anélkül, hogy egyes állításokat előnyben részesítenénk. A pszichoterapeuta számára ez a folyamat létfontosságú, mivel a példánkban felismerhető tudatos és tudattalan személyiségösszetevőket kell feltárnia, és mivel az interjúban járulékosan olyan dinamikus folyamatok alakulnak ki, amelyek az értékelés szempontjából döntőek.

Schraml példájában a terapeuta a beszélgetéshelyzet dinamikáját a következő megjegyzéssel tette figyelemre méltóvá: „...mindenekelőtt a fiúknak nehéz, hogy olyan sikeres és pedáns az apjuk, akit még utolérni is aligha lehet...” A dinamikus folyamat mint a beteg specifikus személyiségének megértésére szolgáló anyag ennél jóval differenciáltabb. Ez tükröződik a terapeuta 25 perces, türelmes várakozásában és tudatosan barátságos és kedves reakciójában a beteg jellegzetes viselkedésére, pedig a beteg egyre dühösebb lesz. Egy másik betegnél hasonló haragra a terapeuta másképp reagálna. Lehet, hogy ez a reakcióképzés, azaz a tudatosan barátságos reagálás a haragra, jeleníti meg a beteg kényszeres személyiségének jellegzetességét.

A beszélgetés dinamikája azért vesz fordulatot, mert az értelmezést a beteg fel tudja használni, és tud változtatni a viselkedésén. Ebből a tényből további fontos információ adódik a személyiség szerkezet rugalmasságáról.

Az információ szerzést nem lehet elválasztani azoktól az ismeretektől, amelyek a befolyásolási próbálkozásokból, illetve a beteg és az interjú készítő személy ezekre adott reakcióiból adódnak. A kérdezőnek tiszta koncepcióra és kifinomult technikára van szüksége ahhoz, hogy a kettejük reakcióiban rejlő, küszöb alatti feszültségek összjátékára reflektáljon, és ezt a többi adattal integrálja.

E sokrétű szempontrendszer hasznosítása nélkül ma már nem tarthatunk tökéletesnek egy pszichoterápiás első interjút. Ebből következik, hogy az ilyen interjú módszerből olyan összehatás éri a betegeket, amelyről még részletesen kell szólnunk.

A BESZÉLGETŐPARTNEREK, MOTIVÁCIÓIK ÉS FELADATAIK

Az ilyen beszélgetésben részt vevő személyek szerepe egyértelműen meghatározott. Az egyik oldalon a képzett pszichoterápiás szakember és a másik oldalon a beteg. Amennyiben egy előzetesen megállapodott beszélgetésről van szó, direkt vagy indirekt módon a beszélgetést a beteg kezdeményezi. Nem kívánok kitérni másfajta technikákra, amelyek segítségével a szokatlan beszélgetéshelyzet spontán – például az általános orvosi praxisban, az iskolában vagy másutt – kialakul, ha egy „páciens” ezt „tudattalan” ajánlattal sürgeti. Például egy olyan anya, aki gyermeke banális betegsége miatt minduntalan zaklatja az orvost, hogy ily módon magára és saját bajára hívja fel a figyelmet anélkül, hogy kifejezetten önmagáról szólna.²

A szerep meghatározásához hasonlóan egyértelmű kellenie legyen az az ok is, ami a beteget felkeresésünkre indította. Ez így hangozhat: lelki betegség jelentkezésekor egy pszichoterapeutát keresek fel. Ez az egyszerű szabály ellentétben áll mindennapos tapasztalatunkkal arról, hogy milyen furcsán eltérően gondolkodik a lelki betegségekről az orvostudomány, a pszichológia és a pszichoterápia, mit mondanak róla, és milyen kezelést tanácsolnak az egyes tudományágak, iskolák és egyetemek. Eddig a betegek gyakran sok kerülőút-

tal jutottak el hozzánk. Újságban, rádióban, szomszédoktól hallott utalások, sőt, néha kezelőorvosuk ajánlására jöttek el. Az utóbbi időben azonban olyan betegekkel is találkozunk, főként a fiatalokkal, akik szinte magától értetődően keresik fel a pszichoterápiát, azaz a megfelelő intézményhez fordulnak, ha olyan zavarokat vagy lelki betegség tüneteit észlelik magukon, amelyek teljesítő- és örömszerző képességüket jelentősen akadályozzák. Szeretnénk remélni, hogy nem valamiféle divatjelenségről van szó, ami szerint modern dolog, ha valaki pszichoterapeutához fordul. Talán már a lelki betegség eseteiben is érvényesül végre a magától értetődő igény a kezelésre; végtére is a felvilágosítás ezen a területen sem tartóztatható fel, és annyira azért már megszűnt a lelki betegségek letagadása, hogy hitelét veszti az az orvos, aki például egy impotens beteget az illő mértéken felül testileg vizsgál, csak hogy mindenáron valamilyen organikus okot találjon. A motiváció szociálpszichológiai oldaláról még sokat lehetne mondani, ez azonban szétfeszítené e könyv kereteit. Az érdeklődő olvasók figyelmét felhívom A. Mitscherlich munkáira és az általa említett irodalomra.³

Összefoglalva le kell szögeznünk, hogy a mai pszichoterápiás pácienseknek még mindig társadalmi környezetük ellenére kell döntenüik a kezelés mellett, és titkolniuk kell a ha-

² H. Argelander: Der „Patient“ in der psychotherapeutischen Situation mit seinem behandelnden Arzt. *Psyche*, XX. (1966), 926. p. Ugyanebben a munkában található irodalmi utalások, beleértve Bálint M. munkáit is.

³ A. Mitscherlich: Krankheit als Konflikt. *Studien zur psychosomatischen Medizin*, I., II. 1966, 1967, Suhrkamp Verlag

tékonyágába vetett hitüket, még ha társadalmi rétegenként különböző mértékben is. Ennek felel meg a terapeuta szakmai besorolásának tökéletes elégtelensége és bizonytalan társadalmi egzisztenciája. Személyes presztízse meggyőző teljesítményén áll vagy bukik. Már az első interjú során meg kell nyernie a beteget módszere számára, mivel a pszichoterápiás iskolák vitáiról a közvélemény informált. Az egyetemen hiányzik a tudományosan elismert szakképviselő, amely alap kutatásokat végezne, és némiképp kötelező erejű doktrínával lépne fel. Az állítólag illetékes helyek kínos tudatlansága (például a véleményadásban) a közvélemény megzavarását eredményezi.

Kétségtelenül hatalmas társadalmi átrétegződési folyamatban vagyunk. Ez csak lassan, a tabuk fokozatos leépítésén keresztül áll készen a betegek által már követelt kutatási lehetőségekre; hiszen ők türelmesen várakoznak a pszichoterápiás intézetek és rendelők hosszú listáin, és az intim pszichoterápiás beszélgetésekben megmutatkozik, hogy megelőzik korukat és a közvélemény felfogását.

A terapeutaéban ebbe a társadalompolitikai háttérbe ágyazva, és semmi esetre sem attól függetlenül kell feladatát urálnia. Öröndetes, hogy az egyes betegek motivációja jobb, mint ahogy a társadalmi klisé mutatja, mivel személyes motivációjuk a szenvedéssel kapcsolódik össze. M. Muck és Paál J. egyik kis tanulmányukban⁴ megállapították, hogy

⁴ M. Muck és J. Paál: Kriterien der Behandelbarkeit und ihre Feststellung im Vorinterview. *Psyche*, XXII. (1968), 770. p.

a szenvedés nyomásának és a motivációnak a kombinációja a pszichoterápiás kezelés legjobb előfeltétele. A pszichoterápiáról elégtelennek bizonyult az a korai feltételezés, hogy „aki lelki betegség tüneteit állapítja meg magán, vagy azoktól szenved, annak pszichoterapeutát kell felkeresnie” – függetlenül a pszichoterápiáról kialakult közvéleménytől. Ez a feltevés azon az elképzelésen alapult, hogy lelki betegség is úgy támadja meg az embereket, mint egy infekció vagy anyagcserezavar, hormonzavar stb., és ennek megfelelően a terapeuta kínálkozik megfelelő intézménynek. A páciens, a betegség hordozója, jóllehet közvetlenül érintett áldozat, még sincs hozzá sok köze. Önmagában a szenvedés kifejezett nyomása nem teszi ezt a világos és érthető motivációt a kezelés jó feltételévé, még ha a közvélemény legitimálja is.

Nehéz ezt az állítást megmagyarázni anélkül, hogy egy kis kitérőt tennénk az ember lelki betegségének és a test és lélek egységének lényege felé. Ehelyütt emlékeztetnünk kell arra, hogy nem téveszthetjük szem elől a pszichoterápiás beszélgetéshelyzet „szokatlanságát”: a Schraml példájában szereplő betegnek családi nehézségei voltak, és logikusan adódott, hogy egy pszichoterapeutát keres fel. Nyilván nagyon alaposan felkészült erre a beszélgetésre, tehát jó, tudatos motivációval rendelkezett. A beszélgetéshelyzetben kikristályosodott, hogy az ebből a motivációból levezetett viselkedése pontosan azt a problémáját jelenítette meg, ami embertársai közt nehézséget okozott neki. A tudatos motivációt tehát olyan értékelő skálán kell mérni, amely orientál a pszichológiai dimenziók megértésében és a pszichés összefüggé-

sek belátásában. Ennek értelmében M. Muck és Paál J. az olyan kijelentéseket, mint: „A páciens analízist szeretne, hogy megtanulja problémáit jobban megérteni.” vagy „A beteg szeretné, ha nem tablettákkal, hanem lelki eszközökkel gyógyítanák.” – erős tudatos motiváció kifejeződéséként értékelik (+), ezzel szemben csekélynek értékelik az ilyen kijelentéseket: „A páciens segítséget keres.”, vagy „A beteg problémái megoldását várja tőlünk.” (0); míg végül túl gyengén motivációnak tartják az ilyeneket: „A beteg szomatikus kezelést szeretne – úgy gondolja, semmi problémája nincs.” (-). Ezek a példák a gyakorlatból származnak, és tetszés szerint szaporíthatók. Értékelésüknek praktikus jelentősége van, de a mi bonyolult motivációs problémánkat nem érinti egész pontosan, mert hiányzik belőle a nem-tudatos motiváció. Schraml példájában a terapeuta közbelépésére: „Nehéz magával, mert olyan sikeres és alapos, hogy magát aligha lehet utolérni...”, a beteg viselkedésváltozással reagált, emberibb lett, és környezete személyeit elevenebben írta le. Tisztáznunk kell, hogy ez a változás nem szükségszerűen lépett fel. A változás ténye arra utal, hogy a beteg nem volt jogász sztereotípiákban megmerevedett karakter, hanem tudattalannul saját problémájaként kínálta ezt a sztereotípiát a háttérben meghúzódó pszichológiai jelentésével együtt, azaz a „perfekcionizmussal, utolérhetetlenséggel és fölényességgel”, és ezt – miután megnevezték – megkönnyebbülten el tudta hagyni. Ez a beteg tehát nem-tudatosan sokkal jobban motivált volt a kezelésre, mint ahogy azt hamisan értelmezett tudatos motivációja alapján várhattuk.

Míg a tudatos motiváció a beszélgetés során a közlésekből kiolvasható, addig a nem-tudatos motiváció magában a szokatlan beszélgetéshelyzetben áruhája el magát. Nem-tudatosan itt csak azokat a betegséghez kapcsolódó, nem-tudatos akaratú és döntésmozzanatokat értjük, amelyekből indirekt leolvasható a kezelésre való készenlét, nem pedig azokat a tudatlan vágyakat, amelyek a kezeléshez kapcsolódnak. Tegyük fel, hogy ez a beteg kényszeres, perfekcionista karakterű, családjában már megismerte e karakter negatív oldalait, és egy kissé distanciát tart tőlük. Ez esetben otthon hagyná aktáit, hangsúlyosan spontán viselkedne, és közléseiben, elvárásaiban jól motiválnak tünne, azonban egy intervencióra semmi újat nem alakítana ki, hanem korrigált viselkedésében merev és monoton maradna. Tehát nem tudna valóban egy új helyzetre átállni, és nem-tudatos folyamatait megjeleníteni. Viselkedését is korrigáló pszichológiai belátása ellenére nem-tudatos motivációja elégtelen maradna.

Tehát a pszichoterápiában a motiváció felöleli mind a tudatos, mind a nem tudatos összetevőt, mert csak e kettő együttesen adhat világos képet arról, hogy jogos igény van-e a pszichoterápiás kezelésre. Így a motiváció magában foglalja a személyiség szerkezetet és egy sor különböző mértékig elengedhetetlen személyes képességet. Ezeknek rendelkezésre kell állniuk, vagy legalábbis felkelthetőknek kell lenniük a beszélgetéshelyzetben. A pszichoterápia ugyanis, amelyben két beszélgetőpartner szokatlan helyzetben egymást belátásra akarja segíteni, kezelési formaként arra törekszik, hogy belőle konzekvenciákat lehessen levonni.

Az intelligencia, a realitásismeret, a pszichológiai gondolkodási képesség, az aktivitás, a betegségbelátás, az együttérző képesség, a belső rugalmasság, egy aktuális helyzetben tárgykapcsolatra való készség stb. indirekt módon egészítik ki a jó motivációt. Minél inkább elmélyedünk ezekben az összefüggésekben, annál érthetőbben kifejeződik, hogy az individuális személyiség lényegétől nem lehet elválasztani az olyan külső feltételeket, mint a társadalmi tudat, a felvilágosultság és a tudományos álláspont. A nem tudatos motiváció és a betegség kölcsönös kapcsolatban állnak egymással. Sőt, ebből kiindulva a betegséget a nem tudatos motiváció szerint tipizálhatjuk is, ha megengedhető, hogy a betegségfogalommal ilyen nagyvonalúan operáljunk.

Nagyszámú interjújegyzőkönyv alapján megkísérleltem kidolgozni egy olyan tipizálást, ami egyrészt a tudatos és nem tudatos motiváció, másrészt a betegség összevetéséből adódott.⁵ Ez a tipizálás olyan hozzávetőleges praktikus tájékoztatóhoz segített, ami ugyan beigazolódott, de még további differenciált kidolgozást igényel. Amikor most áttérek erre a tipizálási kísérletre, és megpróbálom első eredményeit felmutatni, még egyszer hangsúlyoznom kell, hogy itt kizárólag az interjú „előtérnek” anyagából vett meghatározásokról, azaz egyedül ennek az előtérnek az anyagából definiált betegségekről van szó.

⁵ H. Argelander: Das Erstinterview in der Psychotherapie. *Psyche*, XXI. (1967), 473. p.

1.

Az első típust előreküldött vagy előretolt páciensnek nevezem, mivel nem saját kezdeményezésére jön, hanem másik személy, például valamelyik szülő, házastárs stb. nyomására. Nyilvánvaló, hogy a másik személy jobban érdekelt a kezelésben, mint maga a páciens. Megjelenése előtt ezek a személyek gyakran többször telefonálnak. Alig fejeződött be az interjú, ők máris tudni akarják, mit hozott a beteg vizsgálata, és most részletesen mi történjék. Az ilyen beteg tudatos motivációja természetesen gyenge. Ennél a típusnál hiányzik a személyes szenvedés nyomása a kezelésre, illetve ezzel a beszélgetésre való készség is. „Betegsége” egy „szociális” betegség tünetének mutatkozik, ahol a szociális betegség csupán azt jelenti, hogy az „előreküldés” látszólagos jelensége olyan kórtörténeti dinamikából származik, amely több személyt fog át, és emiatt egy társas terep folyamatában zajlik le. Ez a definíció nem érinti általánosságban a lelki betegségek szociális összefonódásának alapproblémáját. Olyan infekcióhoz hasonlítható ez a betegség, amely több személyt is megfertőz, és elhatalmasodik rajtuk. Ugyanakkor azonban nem minden megfertőzött érzi betegnek magát, hanem egymás között megegyeznek abban, hogy véleményük szerint ki a beteg, és kit kell orvoshoz küldeni. Néha a páciens e betegség „áldozata”, akinek a kárára a többiek megkönnyebbülnek. Ennél a konstellációnál azért fut minden kezelési kísérlet zátonyra, mert különben az így stabilizált betegségstruk-

túra minden benne résztvevőt zavarna. Néha azonban az előreküldött páciens riasztó jelzést testesít meg e több személyt közvetlenül érintő betegségdinamika meglétéről úgy, hogy alapjában véve a kezelésre való készenlét egyikükben vagy többükben is nagyobb, mint vélhetnénk. Kezdetben ezt a típust prognosztikailag kedvezőtlennek tartottam, míg egy utóvizsgálat meg nem döböntett. Száz, válogatás nélküli interjúból e típus öt esetét tudtam kiemelni és csodálkoztam, hogy közülük a vizsgálatok lebonyolítása után négyen pszichoterápiás kezelésre alkalmasnak bizonyultak. Itt a tudattalan motivációk előnyösebben hathattak, mint azt a külső körülményekből sejteni lehetett.

Ez a típus sajátos interjútechnikát igényel. Náluk először azt kell elérni, hogy a páciens feladja passzív szerepét, és fogadja el a saját aktív részét ebben a „társadalmi” betegségben. Emellett megmutatkozik, hogy e mögött a típus mögött nagyon különböző személyiségstruktúrák találhatók, akiket a társas szerep dinamikája legyőz, és ezáltal külsőleg klisészerűen átformál.

Ha a beteggel való foglalkozást a hozzátartozók beavatkozásukkal túlságosan zavarják, ajánlatos nekik is időpontot adni, hogy velük is meg lehessen beszélni, hogy mit jelent nekik személy szerint a betegség. E technikával, amelyben minden esetben elkerüljük, hogy a páciensről beszéljünk a hozzátartozóval, érdekes megfigyeléseket tehetünk. Tisztán szemantikus alapon nevezük az először megvizsgáltat páciensnek, és az utóbb látottat hozzátartozónak. Azután gyakran felvetődik a kérdés, hogy melyikük a kezelésre alkalmas

„páciens” – ez a kérdésfelvetés a gyerekterápiából jócskán ismerős. Különösen azoknak a terapeutáknak nagyon tanulságos a hozzátartozókkal folytatott korrekciós beszélgetés és személyes benyomás, akiknek nehéz a „beszélgetéshelyzetben” dolgozni, és emiatt hajlamosak az objektív adatok túlértékelésére, valamint a páciens iránt részrehajlóan „szörnyűnek” tartják a hozzátartozót. Gyakran már az is elég, ha egy kolléga megcsinál egy ilyen hozzátartozó-interjút, és azután megvitatják az interjúeredményeiket. Természetesen kézenfekvő, hogy ezt a betegséget társadalmi terepen közvetlen módszerrel kezeljük, például „a házaspárt” együtt figyeljük meg a beszélgetéshelyzetben és a diagnosztikus észlelést a kettejük közötti konfliktusra, azaz a házasságra fókuszáljuk. A vizsgálat tárgya ilyenkor már nem a beteg személy, hanem például a beteg házasság. Ez a páciens típus definíciós okokból kitágítja azt a pszichoterápiás munkaterületet, amit több intézményben nagy érdeklődéssel tanulmányoznak (házaspár- és családterápia).

2.

A beszélgetéshelyzetben félreismerhetetlenül megmutató és erre erős hatást gyakorló másik típust követelő páciensnek nevezem. Gyakran már több kezelési kísérlet áll a háta mögött, idő előtti telefonhívásokkal és levelekkel foglalkoztatja a terapeutát vagy az intézetét, amelyekben követeléseit vagy kívánságait közli. Így például egy idősebb, külö-

nösen tapasztalt és jó pszichoterapeutát szeretne. A magas igényeknek ellentmond a csekély személyes befektetés. Gyakran előfordul, hogy nem jelenik meg az első megbeszélés időpontban vagy elkésik, a beszélgetés végén csak nagy nehezen válik el a terapeutától, és leginkább mindenféle segítségnyújtásra szeretné igénybe venni. Ez a páciens típus annyira el van foglalva önmagával, hogy alig tudja beleképzelni magát a terapeuta helyébe. Emiatt aztán könnyen meg is nértődik vagy csalódik, némelykor úgy érzi, félreértik, panaszkodik. Ha fizetnie kell – extrém esetben – megtalálhatatlan, vagy nincs pénze. Legtöbbször ezen a ponton derül ki valódi egzisztenciájának igazi nyomorúsága, ami magas igényei mögött húzódik meg. E típus kritériuma a diszkrepancia követelőzése és személyes lehetőségei között. Az ilyen viselkedés mögött megbúvó emberek realitáshoz való viszonya zavart, magas igényeik ellenére nyomorúságos létet élnek. A beszélgetéshelyzetben megbízhatatlanok, kontrollálhatatlanok, gyakran részvétet ébresztenek, ami megzavarja helyes értékelésüket. Indukált büntudatuk miatt a terapeuta némelykor olyan intézkedésekre érzi magát indíttatva, amelyek gyakran csalódással végződnek. Az sem ritka, hogy ez a típus pszichopata vonásokat mutat. Ebben az esetben kisebb vagy durvább tapintatlanságot követ el, és burkolt vagy nyílt elutasítást provokál. A páciens antipatikus a terapeutának. A terapeuta sokszor megpróbál védekezni ez ellen az érzés ellen, mert sorsa alapján a beteg inkább részvétre vagy segítségre szorul. Ezek a betegek dramatikus pszichés szindrómákkal szolgálnak, sajátos kettősséget mutató, hullámzó

kórtörténetük van, de szenvedéseik ellenére sincs igazi betegségbelátásuk. Ritkán egyeznek bele rendszeres kezelésbe, és többségükben – kritikusan nézve – nem is alkalmasak analitikus értelemben vett pszichoterápiás kezelésre. Jóllehet e típus mögött a legkülönbözőbb tünetekkel rendelkező, különböző személyiségtípusok húzódnak meg, legfőbb ismertetőjelük mégis a narcisztikus fejlődés patológiás zavara, fokozottan követelőző magatartással és hamis objektív önértékeléssel.

Viszonylag sok (15) betegnél – akiket a száz, válogatás nélküli interjúból kimutattam – a tapintatlanság volt a fő ismertetőjegy. Ez az ismertetőjegy mint karakterisztikum nyilvánvalóan könnyen tűnik fel a terapeutának. 10 beteg mögött már volt sikertelen kezelés. Ezek a betegek képtelenek negatív tapasztalatokat magukra vonatkoztatni, ellenkezőleg, állandóan projiciálnak, hajlamosak az ágálásra, és megbízhatatlanok maradnak. Gyakran igen önkényes elképzelésük van a betegségükről és annak kezeléséről, másrészt túl könnyen nyerhetők meg a kezelés számára, azonban abban semmilyen állandóságot nem tudnak kifejleszteni, és semmilyen csalódás és frusztráció hatását nem tudják enyhíteni. Látszólagos pszichológiai megértésük emocionálisan nagyon erősen megterhelt.

E színpadias és követelőző betegek ellentétes típusa az igénytelen vagy tehetetlen páciens. Tünetei funkcionális szindrómákban merülnek ki. Semmilyen problématudata sincs gátlásairól, viselkedési sztereotípiáiról és én-, illetve életvezetési korlátozottságáról. Ezért színtelennek, merevnek, és tudattalan pszichés beszédstílusukban érdektelennek és unalmasnak hatnak. Ez a típus nem tudja lebilincselni és izgatni kezelőjét a beszélgetés során, viszont bénító, örömtelen atmoszférát terjeszt maga körül, és az önkifejezésében is gátolt.

Bár ismertük ezt a típust, nyitottak voltunk felé és sajátosságai felé, mégis kis híján kétségbe ejtett monotóniája, amikor az amenorrhoe pszichoszomatikus vizsgálata során „tiszta típusával” találkoztunk.⁶ A döntő kritériumok a tünetek izolációja egy funkcionális szindrómára, pl. obstipatio, eladagolás, anorexia stb. Úgy látszik, hogy ezeknél a betegeknél az egész emocionalitás ebbe a tünetbe fagyott bele. Tudatos motivációjuk legtöbbször a megelőző szomatikus kezelési kísérletek negatív tapasztalatára alapozódik, a pszichológiai összefüggésekbe való tudatos betegségbelátás nélkül. Ezek a betegek saját lelki életük nagy megtagadói,

⁶ L. Rosenkötter, Cl. De Boor, Z. Erdély és J. Matthes: Psychoanalytische Untersuchungen von Patientinnen mit funktioneller Amenorrhoe. *Psyche*, XXII. (1968), 838. p.

emocionálisan nagyon merevek, és nincs igazi igényük személyes szükségleteik kielégítésére.

Interjúhelyzetben védőbástyát vonnak maguk köré, és teljesen képtelenek önálló kezdeményezésre a beszélgetés célja érdekében. Ahogy minden tipizálásnál, köztük is találunk átmeneti eseteket, vannak, akik a beszélgetés alatt vagy után felengednek, és akkor felfedik gazdag és sokoldalú belső életüket. Az interjú technikájának figyelembe kell vennie ezt a specifikus ellenállást, de fáradságos vállalkozás, ha valakit nem ez a specifikus ellenállási forma érdekel. Az utóbbi esetben olyan tudattalan motivációra bukkanunk, amely sajátos értelmet ad ennek az ellenállásos viselkedésnek, és a beteget mégiscsak alkalmasnak mutatja a kezelésre. Tíz tehetetlen páciens vizsgálatakor a vizsgálati eljárás lezárása után meg kellett állapítanom, hogy közülük heten alkalmasnak látszottak a kezelésre, holott ezek a betegek nem mutattak semmilyen tudatos betegségbelátást és kezelésre való készséget. Ez a betegcsoport már az első interjúban az ellenállása legyőzésére irányuló pszichoterápiás munkát igényel, azaz olyan típust testesít meg, amelynél az interjú folyamán a legnehezebb a diagnosztikus és terápiás tevékenységet egymástól elválasztani. Erre a problémára még részletesen visszatérünk.

Az utolsó elhatárolható és nyilvánvalóan egyre nagyobb csoportot a felvilágosult páciensek típusa képezi. Motivációját tudása, felvilágosultságának foka és tudásra való igénye határozza meg. Legtöbbször már maga kidolgozta és használja a megfelelő szókincset, ami az irodalomból, foglalkozásából vagy korábbi kezeléséből származik. A követelőző beteggel ellentétben nem kérkedik a tudásával, hanem komolyan veszi. Tudását erős intellektuális igényéből hozza, tökéletességre, néha abszolút perfekcióra törekszik. Ezzel az elmélyült és néha nagyon differenciált intellektualitással zárt, satnya és nehezen megközelíthető érzelmi élet áll szemben. Tehetsége és képzett intellektusa mellett igénye jogos, és megfelel személyes felkészültségének. Ha egyszer meggyőzték, mindent elfogad, ami szükséges. Áldoz a kezelésre, és derekasan fáradozik azon, hogy kihasználja a saját lehetőségeit. Sokaknak ideálisnak látszik ez a beteg, amíg ki nem derül, hogy az intellektuális mozgékonysága, igazi érdeklődése és meggyőző, tudatos motivációja mögött az érzelmi életét szinte legyőzhetetlen korlátok védik. Legyőzhetetlen, mert az érzelmek által hordozott tárgykapcsolatokat korán elfojtotta, és a kísérő infantilis szorongások még fogva tartják őket. Így gyakran tapasztalhatjuk, hogy az elszakadási szorongások a tárgykapcsolatokban való kielégülési lehetőségeket visszavonják a csillogó intelligencia csodálata és hatalmuk dokumentálása javára. Ezt a típust gyakran magas és felelősségteljes állások-

ban találjuk. A betegek tanulnak ugyan a beszélgetésből, de tudásukat nárcisztikus pozíciójuk megerősítésére használják. Gyakran érzelmileg hangsúlyos partnerük van, aki kritizálja ugyan érzelmi életük fogyatékoságát, szemükre veti a spontaneitás hiányát, másrészt mégis csodálja önkontrolljukat és megértésbeli fölényüket. A betegek általában nem követelnek túl sokat a pszichoterapeutától, ha eljárása minőségéről meggyőződtek. Legtöbbször maguk is sejtik érzelmi világuk fogyatékoságát, és ezért minden komoly segítségért hálásak.

Ez a négy betegségcsoport, amennyire külsődleges interjújegyek alapján némileg elkülöníthetőnek látszik, értékelésem szerint az első interjúra jelentkező betegek 30-50 százalékát teszi ki. A többi beteg kevert formának bizonyul, vagy általunk még nem ismert típust testesít meg.

A pszichoterápiás interjúhelyzet különösségének eszerint provokatív hatása van a személyiségjegyekre. Külső konstellációja igényeivel, céljaival, elképzeléseivel, valamint a beteg tudatos és nem-tudatos motivációival olyan jelenségeket hív elő, amik a jelentkezés, a beutalás módjában, a betegséghez való viszonyban és a beszélgetés sajátosságaiban tipikus konfigurációkká állnak össze, amelyek függetlenül az individuális személyiségtől nagy diagnosztikus és prognosztikus értékű megállapításokat tesznek lehetővé.

A pszichoterapeuta nagy figyelmet fordít azokra a jelenségekre, amelyek a tényleges beszélgetésből adódnak vagy kísérik. Nem állíthat fel azonban belőlük kielégítő individuális diagnózist. Megfigyelései a tipizálási kísérletek mellett

arra szolgálnak, hogy a gyakran többértelmű beszélgetéstartalomnak „helyes” értelmet adjanak. A „helyes” a személyiség, a személyiségzavarok megértéséhez szükséges magasabb fokú anyagrendezésre vonatkozik. Még látni fogjuk, hogy milyen nagy kihívás a terapeuta integratív munkája a szituáció különböző szintjein és ezzel együtt anyaga komplexitásában.

A BESZÉLGETÉSHELYZET KIALAKÍTÁSA

A szokatlan beszélgetéshelyzet kialakítása technika kérdése. A technikai eljárás koncepcióját értelemszerűen a pszichoterapeuta előtt lebegő cél határozza meg. Az első interjú ezen részében a cél így hangzik: olyan feltételeket próbálunk kialakítani, amelyek között a páciens nemcsak megnyilatkozik, hanem ezen túl a beszélgetéshelyzetben megmutatja azt a személyiségzavart, aminek ismeretére a továbblépéshez szükségünk van. Egy normál orvosi kivizsgálás során először az anamnézist veszik fel. Ennek alapján az orvos vizsgálati tervet készít, amit az objektív leletek összegyűjtése követ. Ilyen úton jut el a szomatikus orvoslás a diagnózishoz. A pszichoterápiás első interjúbán felvesszük az anamnézist, és ugyanakkor leleteket is gyűjtünk. Mialatt figyelmünket a kórtörténet tartalmára fordítjuk, és az anamnézis értelmében diagnosztikus feltevéseket fontolgatunk, egyben az egyéni előadásmódra is figyelünk. Ez a beszélgetés során bontakozik ki, és alkalmat ad a személyiségzavarok kibontására, arra, hogy terjedelmük felől tájékozódjunk, és hogy terápiás célú megszólaltathatóságát letapogassuk. Gondoljunk Schraml betegére, aki személyiségzavarát a beszélgetésben szinte leletként nyújtotta át! A beszámoló alapján utólag végiggondolhatjuk, hogy hatott ez a zavar a terapeutára, aki megfigyelte, és végül megszólaltathatóságát megvizsgálta.

A beszélgetéshelyzet bevezetése három szakaszban zajlik le. Az elsőt az előmező technikájának nevezhetjük. A terapeuta megkísérli, hogy a felvilágosítás eszközeivel hasson az általános elképzelésekre és várakozásokra, és ily módon befolyásolja az adott beteg viszonyulását a beszélgetéshelyzethez. Igen jelentősek az előmezőhatások az interjú lefolyására, mivel ezek kulturális és társadalmi véleményalkotásból, előítéletekből és divatáramlatokból származnak, és emiatt csak korlátozottan lehet őket felvilágosítással elérni. Láttuk, hogy Schraml betegénél az előmező hatása személyiség-specifikus magatartásmódban nyilvánult meg, és a helyzetre, valamint a terapeuta személyére való tekintet nélkül jelentékeny ideig fennállt.

Minél inkább maga dönt a beteg az interjúhelyzetről, annál jobban megmutatkoznak személyes elképzelései és elvárásai. Ezzel együtt növekszik a mi befolyásunk is. Ezt egyszerű szabályban foglalhatjuk össze: Tekintettel vagyunk az előmező bonyolultságára, átengedjük a betegnek az aktivitást, nem kényszerítjük semmire, és olyan messzemenően engedünk igényeinek, kívánságainak és követeléseinek, amennyire csak realitásérzékünk engedi. Elismerjük, hogy a betegnek joga van sürgősen interjúterminust kérni, majd erről távolmaradni és fél év múlva újra jelentkezni. Tudjuk, hogy viselkedésének megvan az oka, amely a beteg személyiségén alapul: életkörülményein, döntésképtelen jellemén, könnyű befolyásolhatóságán vagy specifikus szorongásain. Ilyenformán már megismertük a beteget, amennyiben ezt a viselkedést fontos előzetes információként vesszük tudomá-

sul, és értékesítjük, ha a beteg felveszi a kapcsolatot. Ez a célszerű, praktikus okokból feltétlenül szükséges viselkedés nagy játékteret biztosít ugyan – aminek azonban a mindenkori kezelő realitásérzéke határt szab –, azaz azt a mindenkori játékteret, amit a terapeuta konkrét okokból a betegnek megengedhet. Határaink a Sigmund Freud Intézetben néhány év múltán attól váltak észrevehetővé, hogy az interjúidőpontok kiosztása mind hosszabb várakozási időhöz vezetett. A be nem tartott időpontok üresjárathoz vezettek, amit egy bizonyos mértéken felül a még várakozó páciensekkel szemben többé nem tudtunk vállalni. Miután egy kis csoport vagyunk, és időlehetőségünk korlátozott, nem a technikánkon változtattunk, hanem előinterjúeljárást vezettünk be, hogy egy rövid orientációs beszélgetésben mindazokat a pácienseket kiszűrjünk, akik hamis elképzelésektől vezérelve, azaz mintegy „hibás címmel” akarták segítségünket és ezzel időnket igénybe venni. Ilyen módon az előmező vagy előnyösen vagy hátrányosan szerveződik a terapeuta mindenkori realitásérzékeinek megfelelően. Persze fontos, hogy e technikai elvek betartása közben kompromisszumot tudjunk kötni.

Hasonló szabadságot engedünk a betegeknek a terapeuta kiválasztásában. Némely beteg nagyon kifejezett pozitív vagy negatív elképzeléssel jön a terapeuta személyét illetően. Gyakran ismerősök vagy kollégák ajánlanak terapeutát a betegnek. Ennélfogva kéri, sőt követeli, hogy ez és ez a terapeuta vizsgálja meg. Ha helyzetünk lehetővé teszi, engedünk az ilyen kéréseknek és követeléseknek, s a beteg össz-

képének keretén belül értékeljük őket. Ennek a technikai elvnek a betartása azonban nagyon groteszk helyzetekhez vezethet egy intézetben belül: Egy betegnek volt egy időpontja egy kollégánónél. Belépett a szobájába, ránézett, és azt mondta, hogy nem tudna-e vele beszélni. Aztán egy másik terapeutát kért, mert ez a kolléganó túl fiatalnak tűnt számára. Méltányoltuk kérését, és később azt is megértettük, hogy miért viselkedett a beteg ilyen elutasítóan, és miért nem adott semmi lehetőséget a kolléganónak arra, hogy ezt a váratlan reakciót felfogja és vele együtt feldolgozza. Az előmező rövid felvázolása és a benne rögzített technikai elvek alapján felismerhető, hogy a beszélgetéshelyzet szokatlansága már az előmezőben hat, és a terapeuta másképp viselkedik benne, mint a hétköznapi életben. Ahelyett, hogy személyében érintetten reagálna, a megértést keresi, és nem szalaszt el egyetlen lehetőséget sem, hogy valami fontosat megtudjon a betegről. Ezért olyan játékteret kell biztosítani a beteg számára, amelyben kifejezheti magát, amíg csak ezt a realitást megengedi. A terapeutával szemben követelmény, hogy csak reálisan megalapozott határokat szabhat, ugyanakkor az ő személyes döntésszabadságát is elismerjük. Abszurd lenne, hogy egy vizsgálatot olyan pszichoterapeuta vezessen, aki szakmai intenciói ellenére sértődötten vagy felháborodottan reagál egy betegre, és ezt az érzelmét nem tudja feldolgozni. Ezért mind neki, mind a betegnek legyen meg a joga, hogy dönthessen a beszélgetéshelyzetről. Ha kivételes esetekben nem rendelkezik ezzel a joggal, növekszik ellogultsága, és csökken a vizsgálati eredmény minősége.

A játéktér átadásának nemcsak a beteg számára van követelményjellege, hanem a beszélgetésben részt vevő mindkét személyt megvédi attól, hogy olyan helyzetbe kerüljenek, amit nem képesek uralni.

A személyes analízis mint a pszichoterápiás kiképzés legszilárdabb alkotórésze képessé teszi a terapeutát arra, hogy betege javára a lehető legmesszebbmenőkig lemondjon a játéktér igénybevételéről. Minél fogyatékosabb külsődleges okokból a kiképzése, annál több játéktérrel igényelhet magának a pszichoterapeuta.

A személyes döntésszabadság jelentőségét olyan orvosok, teológusok, pedagógusok stb. számára szervezett kiképzőcsoportjainkon lehet szemléltetni, akik közül senki sem volt személyes analízisben. Képzésükben íratlan törvény, hogy minden résztvevő maga dönti el, hogy mikor és kivel bocsátkozik „szokatlan beszélgetéshelyzetbe”. Praxisuk eseményeiről szóló közléseik alapján megmutattuk nekik azt a kritikus időpontot, amikor intim beszélgetés mellett vagy ellen kell dönteniük. Ezt a problematikát két extrém példán vázolhatjuk: Egy orvos a nőgyógyászati székben vizsgál egy beteget. Semmilyen elváltozást nem talál, de „megütközik” betege megjegyzésein és viselkedésén, ami figyelmét a testi vizsgálatról pszichés irányba tereli. Ekkor el kell döntenie, hogy ezekből a megfigyelésekből egy „szokatlan beszélgetéshelyzetben” akar-e hasznosítani valamit.⁷ Ugyanez érvényes arra

⁷ H. Argelander: Der „Patient” in der psychotherapeutischen Situation mit seinem behandelnden Arzt. *Psyche*, XX. (1966), 926. p.

a papra, akihez késői órán a gyülekezetéből egy zavart nő „lenge” öltözékben beront, hogy segítségét kérje. E tekintetben sokkal könnyebb a foglalkozása szerinti pszichoterapeutának. Ő ugyanis maga határozhatja meg a szokatlan beszélgetés időpontját és külső kereteit, bár emellett is be kell tartania a szükséges alapszabályokat.

Az első interjú megszervezésének második lépése a szituatív feltételek tervszerű előkészítése. Az egyeztetettnél több időre van szükség ahhoz, hogy beszélgetés a szokatlan formájáig fokozódhasson. (Schraml példájában körülbelül 25 percig tartott, mire ezt a fázist elérték.) A terapeutának tehát tovább kell ráérnie úgy, hogy telefon vagy más feladat nem vonja el a figyelmét. Tapasztalat szerint az első interjú körülbelül egy órán át tart. Nem lehet „egyszerűen csak megnézni” a beteget, ahogy ezt gyakran ostobán elvárják tőlünk. Bár tapasztalt pszichoterapeuta bizonyos körülmények között rövid idő alatt is fontos benyomást szerezhet, azonban lehetetlen egy olyan helyzetről átfogó ítéletet alkotni, amely itt és most zajlik le, és egyszerűségében megismételhetetlen, nem elnapolható. Futó kapcsolatok mindkét résztvevőben nyomokat hagynak, és megnehezítik az elkövetkező beszélgetéshelyzetet. Az első interjú komplexitására való tekintettel ilyen szükségtelen nehézséget senki sem kíván magának. Az említett előinterjú-eljárás során tisztán a tárgyilagos információkra szorítkozunk, és elkerüljük, hogy a beszélgetés „szokatlanná” váljon. Szabály szerint a terapeutának igényes feladata tudatában időtervet kell készítenie, hogy a szükséges idő zavartalanul rendelkezésére álljon, és belső

készenlétet, illetve koncentrációt teremtsen a „szokatlan beszélgetéshelyzet” folyamatához. A folyamatos kezelés szokásai és tapasztalatai nem vihetők át az első interjúra. Az egyszeri beszélgetésnek értelmesen kell befejeződnie, és nincs lehetőség utólagos korrekcióra. A nem kellő figyelem, az időzavar és a türelmetlenség az ítéletalkotást negatívan befolyásoló dinamikus folyamatokat provokál.

Az idő megtervezése mellett a térnek is van szerepe. Nem hathat sterilnek, hanem nyugalmat és kellemességet kell árasztania. Mintegy tükrözi a beszélgetés intimitását és oltdottságát, amibe a válaszokra adott gondolkodási szünet is belefér. E fázis alatt nem szabad a térnek figyelemelterelőnek vagy nyugtalanítónak lennie, és kívülről zajnak vagy beszédnek zavaróan behallatszania. Itt is a realitás szab határt. A külső helyzet kialakításában már nem fáradozunk nagyon görcsösen olyan „tisztá” kísérleti helyzet kialakításán, ami a betegre üres tükörként hat, amelyben csak saját magát láthatja. Ma már tudjuk, hogy az ilyesféle törekvés utópia. A beteg tudatelőttés észlelése sok olyan személyes részletet kifürkész, amire magunk már nem is ügyelünk. A helyzet kialakításában ennek a küszöb alatti kommunikációnak megvan a maga része, és egyáltalán nem engedi meg a semleges objektivitást. Ellenkezőleg, ezek a személyes részletek azok a támpontok, amikben a „szokatlan helyzet” strukturálódik. A külső tér kialakítása nem rejthet el egyetlen individuális vonást sem, de az első interjú alapkövetelményeinek meg kell felelnie, és a beteget segítenie kell abban, hogy a beszélgetés atmoszféráját gyorsan megértse, hogy biztosítva legyen

a bizalom, a nyitottság, az intimitás és a megértő együtt haladás, együtt gondolkodás és beleérzés. Nem szeretnék a részletekbe belemenni, mivel ez a kérdés túlságosan is a külső körülményekkel és a terapeuta individuális személyiségével van kapcsolatban. Önálló, a praxisát saját lakásán folytató pszichoterapeuta, akinek személy szerint művészi érdeklődése van, másként alakítja ki a terét, mint intézetben dolgozó kollégája, akinek e tekintetben korlátozott a játéktér. Manipulatív intézkedéseknek nincs helyük az első interjúban.

A beszélgetés bevezetésére szolgáló harmadik lépés meghatározott magatartást követel a terapeutától. Ezt sokkal nehezebb megvalósítani, mivel csak a pszichoterapeuta hivatásbeli identitásával és alapos képzettségével alakul ki.

A beszélgetés során tanúsított magatartás a helyzet jelentőségének átélésével gyarapszik, a személyes tudásnak, a belső biztonságának és érettségnek megfelelően tökéletesedik, és gyökerei végső soron a terapeuta személyiségében rejlenek. Ennek a magatartásnak a technikai elvei két irányban hatnak. A terapeuta egyetlen célja, hogy a beteget megértse. Ez feljogosítja arra, hogy félretegye a hétköznapi beszélgetési tapasztalatokat és a velük kapcsolatos tartózkodó viselkedést, és átadja magát a helyzet szokatlanságának. Az első interjút végző szakember nem bírál és nem ítélezkedik, hanem elfogad mindent, amit felajánlanak neki, és annak értelme után kutat. Ez éppúgy érvényes a banális adatokra, mint a kínos intimitásokra és az izgalmas valós tényekre. Ilyen magatartás mellett a legtöbb beteg meglepően gyorsan meg-

nyílik, és megkönnyebbülve beszél olyan dolgokról, amelyeket egyébként senkinek sem vallana be. Ezt a magatartást a nyugodt várakozás, az odafordulás, a szabadon lebegő figyelem és az érdeklődés jellemzi, és döntő jelentősége van abban, hogy a beszélgetés mélyre hasson. Amennyiben ez a magatartás relatíve zavartalan, nincs többé ok az intimitás miatti szégyenkezésre, feszengésre és félelemre. Mindez immár a beszélgetéshelyzet tudattalan tematikájának jelenségeként jelenik meg, és prognosztikus jellegű, egyéni jelentést nyújt a beteg személyiségéről.

Ennek a bátorító magatartásnak a fonákja a frusztráció, amit a várakozó tartás, az elgondolkodó hallgatás, a kontrollált spontaneitás és végül a direkt tanácsok hiánya miatt érzett csalódás vált ki. Legtöbbször sokáig tart, mire a beteg meg tudja érteni, hogy mit adhat neki ebben a helyzetben a pszichoterapeuta, és milyen értéke van számára a szavainak. Végül is az, hogy ez a frusztráció zavaróan hat-e, az előmező felkészítésétől, a motivációtól és attól a distanciától függ, amit a beteg maga és „anyaga” között képes tartani. Az elvakult követelőzéssel, ami gyorsan ágálásba csap át, és a belátás tökéletes hiányával szemben a pszichoterapeuta tehetetlen. Ezért rendkívül fontos az eljárás határait kijelölni, a beteggel megértetni és a betartására ügyelni. Ha a terapeuta úgy érzi, hogy minden feltétel közt képes beszélgetést vezetni, és mindent meg tud érteni, a beteg könnyen ágálni kezd. Bizonyos körülmények között, nem-tudatosan is a beteg vágyai szerint cselekedhet, függőségbe kerülhet, sőt egyezkedhet vele, és alátámaszthatja törekvéseit és igényeit. Néha

ilyen módon is hasznára lehet a betegnek, de az első interjú igazi értelme ilyenkor már elveszett. Különösen fiatalabb kollégák szokták alábecsülni az ilyen technikai szabályok értékét, és gondtalanul túlteszik magukat rajta mindaddig, míg fájdalmas tapasztalatok nyomán fel nem ismerik saját határaikat. A szabályok csupán útmutatások, amelyek horderejét és kötelező érvényű határait minden pszichoterapeutának magának kell ismételtelen kijelölni, kipróbálni és jogosultságát megvizsgálni. Ily módon nagyobb biztonsággal, szakmai identitással járó, személyes technika jön létre. A személyes és mind mélyebben bevéődött magatartásnak a terapeuta viselkedésében, beszédében, taglejtésében fellelhető individuális vonásai vannak. Ebből persze észrevétlenül sztereotípiák alakulhatnak ki, amelyek megmerevedhetnek, és nehezen korrigálható tulajdonságokká válhatnak.

A BETEG, A BETEGSÉGE ÉS A BETEGSÉG JELENTÉSE

Miután ilyen részletesen foglalkoztunk az első interjú előfeltételeivel, forduljunk a beteg és betegsége felé!

A páciens betegsége olyan patológiás folyamat a lelki szisztémán belül, amely kiterjed az ember szubjektív és objektív, tudatos és nem-tudatos élet- és élményterére; ezt önkényes módon megváltoztatja, és végül az érintett személy vagy környezete szenvedéséhez vezet. A lelki betegség olyan folyamat megjelenése, amely az emberi személyiség minden területét érinti, a legkoraibb gyermekkortól kezdve rányomja a bélyegét, és gyakran meghatározza a személyiség sajátosságát. Ezáltal a folyamat szorosan kötődik az élet minden érési és fejlődési szakaszához. Leegyszerűsítve így képzelhetjük el ezt a folyamatot: A feltartóztathatatlan érési és fejlődési fázisok törvényszerűen változásokat hívnak elő, amelyek egy már kiegyenlített fázisspecifikus egyensúlyt újból kérdésessé tesznek, újfajta alkalmazkodást követelnek meg az immár megváltozott belső és külső életfeltételek között, és ehhez az adaptációt legyőzni képes, átrendeződési folyamatot indítanak meg. Pl. alig alakított ki a csecsemő harmonikus kapcsolatot anyjával, a fejlődési folyamatok máris megzavarják az egyensúlyában; kezdi ugyanis másként észlelni az anyát, aki ezáltal új jelentést nyer a szemében. Ezzel párhuzamosan változtatja az anya a magatartását, átáll csecsemője érettebb fejlettségi szintjére. Ily módon, gyakran fájdalmas tapasztalatokon át az új érési fokot az annak megfelelő kapcsolati formához kell igazítani. Ez a követelmény az élet folyamán minden új környezetben, minden új párapcsolatban, minden új feladatnál fellép. A legkoraibb gyermekkorban a tökéletes anyai ellátásból a részleges autonómia és testi kontroll követelményébe való átmenet során az előbb mondtakhoz hasonló kritikus küszöb figyelhető meg.

Másik kritikus küszöböt alkothatnak a „természetes” külső körülmények, ha testvér születik. Képzeljük el például egy kétéves gyermek helyzetét! Már részleges függetlenséget ért el testi funkciói uralma felett, már elvisel bizonyos távolságot az anyai test közvetlen közelségétől, és új kapcsolati lehetőséget fedezett fel apjához. Ekkor egy testvér születése megzavarja a család eddigi egyensúlyát, mivel az újszülött foglalja el a központi helyet. Ez a körülmény mind progresszív, mind regresszív fejlődésnek kedvezhet. A progresszív az apához fűződő erősebb kötődéssel felerősítheti az önállósulási tendenciákat. A regresszív fejlődés egy már túlhaladott magatartásmódra való visszaesésből áll, és fokozott anyai odafordulást erőszakol ki. A gyermek újból azt akarja, hogy az anya etesse, bepisil, bekakil, sír, ha az anyja elmegey stb. A kieroszakolt viselkedésváltozásoknak olyan sajátos, nem-tudatos viselkedésminták a következményük, amelyek aztán meghatározott feltételek között patogénné válhatnak, és a személyiség látens deformálódásában, illetve kórokozóként nyilvánulhatnak meg.

Másik kritikus küszöböt alkothatnak a „természetes” külső körülmények, ha testvér születik. Képzeljük el például egy kétéves gyermek helyzetét! Már részleges függetlenséget ért el testi funkciói uralma felett, már elvisel bizonyos távolságot az anyai test közvetlen közelségétől, és új kapcsolati lehetőséget fedezett fel apjához. Ekkor egy testvér születése megzavarja a család eddigi egyensúlyát, mivel az újszülött foglalja el a központi helyet. Ez a körülmény mind progresszív, mind regresszív fejlődésnek kedvezhet. A progresszív az apához fűződő erősebb kötődéssel felerősítheti az önállósulási tendenciákat. A regresszív fejlődés egy már túlhaladott magatartásmódra való visszaesésből áll, és fokozott anyai odafordulást erőszakol ki. A gyermek újból azt akarja, hogy az anya etesse, bepisil, bekakil, sír, ha az anyja elmegey stb. A kieroszakolt viselkedésváltozásoknak olyan sajátos, nem-tudatos viselkedésminták a következményük, amelyek aztán meghatározott feltételek között patogénné válhatnak, és a személyiség látens deformálódásában, illetve kórokozóként nyilvánulhatnak meg.



A lelki betegségek eredetét a gyermeki fejlődés kritikus periódusaiban kell keresni, függetlenül fellépésük időpontjától. Nem lehet itt az a feladatunk, hogy részletesen kidolgozzam a lelki betegség fogalmát fejlődéslélektani vonatkozásával együtt. Példáimmal csak az alapvető megértést akarom elősegíteni. Térjünk vissza ismét az első interjúhoz, amelyben a beteg betegségével együtt figyelmünket igényli! Olyan elfogulatlanul igyekszünk észlelni betegségét, ahogyan ezt az első interjú feltételei közt prezentálja, és betegségét lépésenként olyan alaposan kívánjuk megvizsgálni, amennyire csak témánk lehetővé teszi.

Egy negyven év körüli hölgy foglal helyet velem szemben. Ahogy az imént mellettem a szobámba jött, járását esetenek éreztem. Nagynak, szikárnak hat, egyszerű, virágos, karton nyári ruhát hord, felette fehér kötött kabátot és fagolyókból álló, kék fürtöcskét mindkét fülében. Tipikus szőke nő, pigmentszegény, fehér bőrű, ezzel feltűnően ellentétes a sötét szarukeretes szemüvege. Egyáltalán nem ért ahhoz, hogy megjelenése előnyeit hangsúlyozza, sőt, láthatóan arra hajlamos, hogy hátrányos vonásait emelje ki. Nagyon élénken, igen duzzogó, dacos mellézköngével beszél, s ez a beszélgetés tartalmát is meghatározza. Közben állandóan sír anélkül, hogy tudná az okát, és az egyik papírzsebkendőt a másik után használja el. Így aztán nem korának megfelelő benyomást tesz, hanem inkább valamilyen gyerekesen dacos lázadozót és ugyanakkor mégis gyámoltalant testesít meg.

A kezdeti benyomás ellentétben áll azzal a képpel, amit a beszélgetés során magáról vázol. Nézetei nagyon okosnak

tűnnek. Egyre jobban értjük egymást, és egy rendes, nyilvánvalóan teljesítőképes asszonyt ismerek meg. Állítása szerint megbízhatósága miatt sokan igénylik a segítségét.

E néhány adatban szemben áll egymással személyiségének két oldala, amelyek érdeklődésünkre tarthatnak számot, és irányában különböző érzelmi beállítódásokat hívnak elő. Az esetlen, dacos kislány legfeljebb részvétet kelt, míg az okos és belevaló nő kellemesen érint.

A nőbetegnek házasságon kívül született, sötét bőrű gyermekével van külső problémája. A gyermek apja egy afrikai férfi, aki németországi tanulmányai befejeztével visszatért hazájába. A fiú 12 évig az anya szüleinél élt, akik időközben megöregedvén már nem boldogulnak az eleven fiúval. Mivel a beteg az utóbbi években független pozíciót szerzett, szívesen magához venné a gyereket, de nem tudja igazán rászánni magát, és valahányszor ezt fontolgatja, szabályos pánikba esik, amiből nem lát kiutat. Az iskolaváltás miatt egy iskolapszichológus tanácsát kérte, aki azt tanácsolta, hogy keresse fel intézetünket. A vele folytatott beszélgetés alapján a beteg belátta, hogy személyes konfliktusát idézte fel az a kívánsága, hogy gyermekét magához vegye. Jóllehet definíciónk szerint eredetileg anyaként egy „előreküldött páciens” hozzátartozója volt, azonban most már – tudatosan – jól motivált, és pánikja miatt nagy szenvedés nyomása alatt áll.

Kíséreljük meg tehát, hogy betegségét pontosabban bemutassuk, miután némi tapasztalatunk van róla! A nőbeteg rövid ideje fokozódó belső pánikállapotban szenved, ami ahhoz a külső problémához kötődik, hogy átvegye-e a felelőssé-

get 12 éves fiáért. Ahogy közeledik a racionális megfontolások alapján kitűzött időpont, úgy nő a pánikja és döntésképessége, hogy a szükséges előkészületeket és lépéseket megtegye. Az interjúhelyzetben a fiát érintő külső probléma mögül személyisége nem-tudatos részeként egy dacos, síró gyerek kerül elő, akinek megvannak a maga bajai. Alapjában véve nincs-e tökéletesen igaza a betegnek, ha egy nagyon is érthető ok miatt nehéz gyerekért fél átvenni a felelősséget úgy, hogy saját személyisége gyermeki részével sem képes zöldágra vergődni? Gyerekének pszichológust és magának pszichoterapeutát igényel. Ez a tény felveti a gyanút, hogy itt „két gyerek” egymással konkurálva akarja érvényesíteni az igényeit. Feltevésünk megerősítésére nézzük csak meg az interjú rendelkezésünkre álló tényszerű információit!

Maradjunk az utóbbi állításnál! Vajon miért rivalizál tudattalanul a nőbeteg saját gyerekeivel? Klinikai tapasztalataink alapján feltételezhetjük, hogy van egy öccse. És valóban: egyetlen testvére nála két évvel fiatalabb öccse, aki kitűnően értett ahhoz, hogy szüleit és embertársait megnyerje magának, míg a nőbeteg túlságosan jó kislánként és mereven, belül azonban tele daccal és féltékenységgel nőtt fel e mellett a testvér mellett. Születésekor a beteg két éves volt, tehát éppen a dackorszakban. Feltevésünk szerint duzzogva meg is állt ezen a fejlődési fokon, természetesen azonban személyiségének csak a szeretet-tárgyához való kapcsolatát szabályozó részében. Így fordulhatott elő, hogy első benyomásunk az volt róla, hogy egy dacos kislány, aki hangsúlyosan elcsúfítja magát, gyámoltalannak tűnik és részvétet kelt.

E kevés adat kongruens jelentéstartalmából önként adódik az a feltevés, hogy mint egy könyvben, úgy lapozhatunk a betegségben, ha megtaláljuk a kórtörténet belső logikáját láttató vörös fonalat. Haladjunk tehát tovább az adatok osztályozásában! Hasonlít-e a fiú erre az öcsre? A beteg úgy vélekedik: „A szüleim teljesen elkényeztették a gyermekemet, neki hallatlanul bájos sötét bőrével, az élet napos oldalán jár, de képtelen egyenletes teljesítményt nyújtani.” Tehát a fia is, akárcsak a testvére, főként olyan tulajdonságokkal rendelkezik, amelyek a betegben nyomokban sincsenek meg. Ő megbízható, rendes munkaerő, és teljesítményével, felkészültségével nyeri el mások odafordulását. Megfontolásaink alapján a beteg külső konfliktusa lassan belsővé változik, hiszen a látható viselkedési manír mögül egy olyan személyiségterület tűnik elő, amit persze egy másik személy testesít meg, és ami a beteg számára igen jelentőségteljesnek látszik. Arra gyanakodhatnánk, hogy a testvér születése traumatikusan hatott, mert a beteg mind neki, mind később fiának átengedte a szülőkkel való kapcsolat boldog és gondtalan területét. Ő pedig minden átmenet nélkül elfordult mind a szülőktől, mind saját odafordulási igényeitől. Még ma is ilyen „megalvadt” daccal tart távolságot mindenkitől, lehetetlenné tesz minden szeretetteljes közeledést, és legfeljebb csak részvétet kelt.

A testvérével és a fiával való külső konfliktus fokozatos belsővé alakítása sok pszichoterapeutának nehézséget jelent, jóllehet döntő fontosságú a diagnózis és a kezelés szempontjából. Kérdésünk enné fogva így hangzik: A beteg belső összetevői közül melyik az, amelyik külső reprezentánsként

fiára ment át? Ezt a kérdést csak a gyermek, illetve a testvér felől követhetjük tovább, mivel a beteg részéről nem tapasztaltunk semmit odafordulás-érzéseiről. Őrá magára kell visszavezetnünk azokat a kijelentéseit, amelyeket az e funkciót átvevő személyekre tett. Az öccse ért az emberek megnyeréséhez. A beteg ehhez még azt is hozzáfűzi, hogy öccse ki tudja mutatni érzelmeit, és képes érzelmi kapcsolatokat létesíteni. Eszerint az öcs reprezentálja az emberekre irányuló érzéseket és vágyakat, de maga a beteg – dacossága miatt – ezeket nem tudja kinyilvánítani. Szigorúan véve a másokkal szembeni dacot befelé irányuló barrière-ként használja, hogy érzelmeitől függetlenebb legyen. Ebben az értelemben a dac mindennél többet ígérő átmeneti fázis az autonómia felé. Csakhogy a beteg megmaradt ebben a fázisban, és még ma is belső szükségből él vissza a daccal, mivel nincs más lehetősége, hogy csalódott érzelmein úrrá legyen. Betegünk dacossága deformált személyiségfejlődés eredménye, hiszen nem tudta fázisspecifikusan avagy életkorának megfelelően legyőzni, hanem mind a mai napig érzelmeit elfojtás alatt kellett tartania. Dacossága kis híján megkövült, és ezért hat a beteg darabosnak. Amikor öccse megnősült, és elhagyta a szülői házat, a betegben az a benyomás támadt, hogy szülei esetleg otthon tartják. Ez az elképzelése is arra indította, hogy kivonuljon a szülői házból. Belső konfliktusai ismeretében most már ezt mondhatnánk: amikor érzelmei legitim külső reprezentánsa, öccse eltűnt, a betegben megmozdult szülei iránti érzései, hogy utólag észlelhessen lehetőségeit. „Érzelmei otthon fogták.” Ez a megfogalmazás mutatja meg

félelme igazi motívumát afelett, hogy „a szüleim otthon akarnak tartani.” E felmerülő érzésnek ellenszegülve, azonnal elfordult a szüleitől, és gyorsan alkalmas partnert keresett egy idegen, távoli kontinensről érkező ember személyében, akinek nyilvánvalóan öccse összes funkcióját át kellett vennie. Ha emlékszünk arra, hogy milyen tulajdonságokkal írta le fiát, joggal állíthatjuk, hogy a férfi erre a feladatra igen alkalmas volt. A beteg elutasított érzelmei külső reprezentánsaként kezelte partnerét, akinek idegensége garantálta a szükséges távolságot mind a szüleitől, mind pedig saját magától. Tőle fogant gyermeke pedig egészen mostanáig érzelmei hordozójává vált. Amikor annak idején gyermeke apját követnie kellett volna hazájába, számos jogos indokot talált, hogy ne kelljen vele elmennie, és így megszakadhasson a kapcsolat.

Küszöb alatt zajló betegsége belső logikája szerint nem tarthatott annak idején túl soká, amíg ismét intim kapcsolatra lépett. Megint egy külföldit választott, ezúttal ugyan európaait, aki – elmondása szerint – nagyon hasonlított a fiára, mivel éppolyan rendkívül vonzó volt. „Lassan rájöttem, hogy megbízhatatlan ember, akire nem építhetek.” Hasonló szavakkal jellemzi fia miatti aggodalmát. Ez a fordulat elárulja azt a valódi okot, ami miatt saját érzelmi világát elutasítja és távol tartja magától, illetve csak másokban éli át, hogy aztán emiatt ítélje el őket. Amikor második partnere haza akart utazni, ez a kapcsolat is megszakadt. Mindemellett felnövekvő gyermekét annyira bevonta ebbe a kapcsolatba, hogy a fiú mindmáig ezt a férfit tekinti apjának. A beteg véleménye

szerint csak nehezen lehet majd korrigálni fiának ezt az elképzelését, amivel egyszersmind világosan azt is kifejezi, hogy mennyire nem akarja tudomásul venni a gyerek sötét bórszínét.

Ezenközben a fiú személyisége annyira kibontakozott, hogy a beteg szüleinél átvehette az öcs szerepét. E védelem árnyékában a beteg hivatása segítségével független pozíciót épített fel magának. Közben élete igazi érzelmi kapcsolatok nélkül, láthatóan beszűkülten zajlott, mialatt fia elutasított érzelmvilága reprezentánsaként jó helyen volt a szüleinél. Most pedig rémülettel látja, hogy ez a szerencsés megoldás véget ér, és fiával együtt a veszélyes érzelmek is, mint egy bumeráng visszatérnek. Most értjük meg igazán, hogy a pánik nem a külső helyzet reális nehézségeiből fakadt – ezeket a beteg játszva elintézte volna – hanem olyan belső konfliktusból, ami élethelyzete külső változásaiban manifesztálódott.

A belső konfliktus megvilágítására az interjút kiegészítem a pszichológiai teszteredmények néhány részletével, amelyek másfajta metodika alapján, sokkal direkter vizsgálgák a beteg belső helyzetét.⁸

„Egészségen relatíve kiegyenlített értékek, úgyhogy elmondhatjuk, hogy a beteg én-struktúrájában van egy egészséges alap. A hangsúly kimondottan az ösztönkonfliktuson van, amelyeket főleg úgy próbált leküzdeni vagy elhárítani, hogy észlelési területét kizárólag a konkrét, a közvet-

⁸ Köszönöm G. Worm kolléganőnek, hogy a teszteredményeket rendelkezésre bocsátotta.

lenül adottra korlátozza, hogy fantáziáit ne engedje felmerülni. Döntő szerepet játszik az elfojtás mellett az elkerülés. Azonban a kapcsolatok elkerülésével történő megoldás nem sikerül igazán, mert ugyanakkor nagyon is támaszra szoruló. Hogy ne nagyon szorongjon, megpróbálja a kapcsolatokat lehetőleg ártalmatlan szinten tartani, amennyiben csak a biztonságról és a védelemről, nem pedig a szexuális igényekről van szó. További fontos elhárító mechanizmus az externalizálás, aminél a fia valami piszkos és rossz hordozójaként igazán központi szerepet játszik fantáziájában. Emiatt nem sikerül elszakadnia sem a szüleitől, sem a gyermekkorától. Igaz ugyan, hogy dacosan egy ilyen elszakadást hirdet a teszt egyik történetében, de az üres táblán arról szól, hogyan jött ide az „apu” kocsijával.

Vélemény: Fóbiás-hisztériás struktúráról van szó, ahol az elfojtást más elhárítások támogatják: a kapcsolatok elkerülése, illetve meghatározott igények észlelésének elkerülése. Az elhárítás mellett lényegében infantilis-szexuális impulzusokról van szó, amelyek ösztönregresszió miatt valami piszkossal kötődnek össze, ahol a fia részben úgy tűnik, mint ezeknek az elhárított impulzusoknak a hordozója. Tárgykapcsolatában gyermeki-aszexuális szintre regrediált, ahol megkísérel a szüleitől dacosan elfordulni. Ez valószínűleg az alapvető ödipuszi csalódását takarja.”

Ez az interjútól függetlenül felvett teszteredmény tökéletesen egybevág az első interjú betegségről alkotott felfogásával, amit a fent leírt módon nyertünk. Anélkül, hogy a körlefolyást részleteznénk, azon fáradoztunk, hogy pusztán az

első interjú tényszerű adataiból megtudjunk valamit a páciens betegségéről és annak mélyebb okáról.

Közben olyan technikába nyertünk bepillantást, amely a betegséget mint külső konfliktusélményt intrapszichés dimenzióba vezeti vissza, oda, ahonnan voltaképpen a kóros hatás származik, és aránytalanul nagy pániktünetben nyilvánul meg. Ebből megtanulhatjuk, hogy milyen korlátozott hatásuk lehet a lelki kórfolyamatokra a terápiás intézkedésként alkalmazott külső konfliktusmegoldásoknak. Gyakran mégis be kell érünk velük.

Ez a példa egy további problémát is megvilágít. Amikor a biztosítóintézetek átvették a pszichoterápia költségeit, vita kezdődött a lelki betegség fogalmának definíciójáról. Betegünkönél nehéz különválasztani a betegséget és az egyéni sorsot. A pánik akut fázisát orvosi, pszichológiai és biztosításügyi értelemben betegségként kell felfogni. Ez azonban nem valamilyen külső hatás eredménye, mint az úgynevezett testi betegségekénél.

A kizárólag patogén ágens a szubjektív jelentés megismerésével tárul fel. Ezt a jelentést a beteg a látszólag külső konfliktusnak kölcsönözte. Csak miután átláttuk ezeket az érdemi összefüggéseket, következtethetünk arra, hogy egy kétéves kora óta tartó látens intrapszichés folyamatról van szó, amely nemcsak a jelen betegség feltételét teremtette meg, hanem olyan személyiség szerkezet kialakulásához is vezetett, amely életbeli lehetőségeit korlátozza, és élménylehetőségeit mérsékli. Mérlegelés, illetve definíció kérdése, hogy hol húzható meg itt a határ a betegség és az egyéni sors

között. Ezt a kulturális normák, a tudás és ismeret, és nem utolsósorban az az összeg befolyásolja, amit az egyén, illetve a társadalom a betegség kezelésére áldozni akar és tud.

PSZICHO-LOGIKA AVAGY A GONDOLKODÁS SZOKATLAN FORMÁJA

Az utóbbi fejezetben élete adatai alapján egy nőbeteg lelki betegségében mélyedtünk el. A megértéshez az vezetett el, hogy tisztáztuk, hogy a gyermek annak a külső konfliktusnak a hordozója, amely a betegnek két évvel fiatalabb öccsével való konfliktusából ered. A betegség mechanizmusát és az általa provokált pánik tünetét az magyarázza, hogy a beteg mind a testvérét, mind a gyereket saját elutasított és megbízhatatlannak vélt érzelmei reprezentánsaiként „használja”. Ezekkel a külső tárgyakkal tipikus konfliktusokba keveredik, önmagát az ő rovásukra menti fel, és így biztosítja magát saját érzélemvilágával szemben. Ez az elhárítási rendszer nagyon korlátozza élményterét, hiszen érzelmei így nem bontakozhatnak ki.

Ha most visszatekintve elgondolkozunk azon, hogyan jutottunk erre a felismerésre, a következőket kell leszögeznünk: Az interjú anyagát a *mi* szemszögünkből szemléltük, és olyan összefüggéseket állítottunk fel, amelyek a beteg számára még ismeretlenek voltak. Szigorúan véve, az anyag feldolgozása során szem elől tévesztettük betegünk jelenét, mivel még nem vettük figyelembe az aktuális helyzetét.

Mi lenne, ha közölnénk vele újonnan szerzett tudásunkat? Biztosra vehetjük, hogy nincs abban a helyzetben, hogy

tudásunk jelentését felfogja és megerősítse. Az ilyen konfrontáció rendszerint elhárító reakciókat hív elő. Ez a beteg valószínűleg racionalizálna, és a gyerekével való nehézségeinek sok okát adná, vagy értetlenül visszahúzódná, és még jobban sírna. A beteg tehát a legjobb szándékunk ellenére is olyan viselkedést mutatna, amit ellenállásnak nevezünk. Talán „elfogadná” a legrészletesebb, legtürelmesebb és legmeggyőzőbb magyarázatot, de valódi jelentőségében nem tudná a maga számára hasznosítani. Foglalkozunk még egy kicsit ezzel a ténnyel, hiszen ez az ellenállás a legnagyobb mértékben értelmetlennek látszik, mivel meghúszítja azt a fáradozásunkat, hogy a beteggel közöljük a kapott felismeréseket, sőt még magát az interjút is zátonyra futtathatja.

Kétféle technika áll a pszichoterapeuta rendelkezésére, hogy leküzdje a zavaró ellenállást.

1. A pszichoterapeuta minden vitát elkerül a beteggel. Az első interjú céljához igazodva, azaz, hogy az ítéletalkotáshoz lehetőleg minél többet megtudjon a betegről, elkerül minden, az adatgyűjtést zavaró beavatkozást. Ha közben irritálja a beteg, lehetőleg nem avatkozik bele az aktuális magatartásába, hanem kizárólag a felkínált anyaggal foglalkozik. Ennél a technikánál a betegre az informátor szerepe jut, míg a pszichoterapeuta értelmezve információt nyer. A beteget kellemesen érinti a terapeuta megértő tartózkodása, és az ilyen beszélgetésvezetés mellett megkönnyebbül. Békésen válnak, el és megtartják egymást jó

emlékezetükben. A legtöbb interjú e szerint a modell szerint zajlik.

Már az elején félreérthetetlenül kijelentettük, hogy nemcsak vezetünk egy beszélgetést, hanem a beszélgetéshelyzetre is figyelniünk kell, mert éppen ezáltal kerül felszínre az első interjú szokatlan volta. Ezért nem az előbbi beszélgetésmóddal mellett döntünk, jóllehet kényelmesebb és kellemesebb alkalmazni. Az ily módon szerzett tudás ugyan logikailag helyes, de nem feltétlenül releváns a kórfolyamat szempontjából. A kórkép legfeljebb a patogén történések széli jelenségeit ragadja meg. A beteg az egyetlen személy, aki pszichés betegségéről alkotott véleményünket korrigálni képes, és ezért megerősítése nélkül nem érezhetjük biztosnak magunkat.

2. A terapeuta a beteggel együtt szerzi az információs anyagot. Minden interpretációhoz először a betegől kapja meg a szükséges, nem-tudatos megerősítést. Ilyenkor nem konfrontálja a beteget a betegség értelméről alkotott felfogásának átfogó magyarázatával úgy, ahogy azt fentebb vázoltuk, hanem csak azokra az észrevételekre, értelmezésekre vagy kérdésekre szorítkozik, amelyek az éppen folyó beszélgetésfázis értelmére reflektálnak. A beszélgetés minden egyes fázisát, ideértve a szituatív mozzanatokat is, tudattalan jelentéstartalmuk szerint vizsgáljuk. A beteg itt is közléseivel és viselkedésével közvetíti a szükséges információkat. Viselkedése a terapeutá-

ban közvetlenül olyan reakciót vált ki, ami észlelését irányítja. További spontán beszédvitele is irányít, amely az információs funkció mellett immár korrigáló és megerősítő jelleget is ölt. A beteg vitapartner, ami betegsége megértésének előfeltétele. Vegyünk például egy tehetetlen beteget, aki csak ül előttünk, mert úgy hiszi, már minden fontosat elmondott a betegségéről, hallgat, és várja terapeuta aktivitását! Ilyenkor úgy juthatunk túl a beszélgetés holtpontján, hogy kérdezgetni kezdjük a beteget, mire a tapasztalatok szerint megkönnyebbül, és készségesen válaszolni kezd. Ezzel a kérdés-felelet módszerrel információkat nyerünk ugyan, de nem többet. Az így szerzett adatok segítségével megmagyarázhatunk valamit a kóros történésekből, de igazán nem érthetjük meg. Ehelyett helyesebb, ha hagyjuk, hogy hasson ránk ez a tehetetlenség, figyelünk a vele összefüggő kísérőjelenségekre, aztán hirtelen olyan összefüggéseket kezdünk sejteni, amelyek új utat nyitnak az eddig leblokkolt megértés előtt. Megsejtjük a különbséget a dacos, a passzív vagy a szorongó hallgatás között, megjegyzést fűzünk hozzá, és gyakran csodálkozva állapítjuk meg, hogy ez a hallgatás nem is olyan kínos és természetlen, mint ahogy eredetileg gondoltuk. Egy olyan kérdésre, amelyik erre a jelenségre vonatkozik, és nem elsiklik felette, szokatlan válaszokat kapunk amelyek azonban sokkal tanulságosabbak a páciens betegsége szempontjából, mint akár egy kérdőív öszszes válasza. Teljesen alaptalan a pszichoterapeuták gyakran hangoztatott aggálya, hogy túl kevés anyagot kapnak.

Pontosan az ellenkezője igaz, általában ugyanis az adatok sokasága terheli túl a terapeuta integráló képességét, mivel sokrétűségüket képtelen úgy feltárni, hogy világos és éles kép rajzolódjék ki a betegről és a betegségéről.

Szeretném az adatok lépésenként történő megszerzését példánkon végigvenni, és emellett azt is bemutatni, hogy miért állította középpontba a terapeuta az öcs megvilágító szerepét, és miért nem figyelt a szülők személyiségére, illetve a hozzájuk fűződő kapcsolatra, jóllehet tudjuk, ezek legalább olyan fontosak a betegség kialakulásában, mint egy testvér. Mindemellett a terapeuta idősebb volt a betegnél, úgyhogy a helyzetből nem kínálkozott tudattalan testvérkonfliktus, hogy aztán az öcsre való emlékezés a beszélgetés során a terapeuta személyének segítségével elevenedjen meg.

Az egyes fázisokat a következőképpen határolhatjuk el:

1. A beteg a már leírt módon mutatkozott be a terapeutának, és ezzel olyan érzelmi beállítódást hívott elő, amely a részvét ellenére is eleinte inkább elutasító volt.
2. Az elutasító érzelmi benyomást megerősítette az, ahogy a beteg a fiáról beszélt. Semmi megértést nem tanúsított a sötét bőrű gyermek nehéz helyzete iránt, akinek a mi kultúránkban igencsak vonzónak kell lennie, hogy az emberek primeren elutasító, sőt ellenséges viselkedését legyőzze és meghódítsa őket. A terapeuta minden szimpátiája ezé a szegény és mégis barátságosan derűs gyereké volt.

3. A beteg ettől kezdve egyfolytában sírt, egyik papírzsebkendőt a másik után használta el. A terapeuta pozitív érzéseinek egy része ismét növekvő részvéttel fordult a jelenlévő beteg felé. Amikor aztán az okos és remek aszszonyt is felfedezte, az érzelmei szimpátiába csaptak át. A beteg küszöb alatt zajló elutasítása, a meg nem értett gyerek felé fordulás és a visszatérés a jelenlévő beteghez, a tudatelöttes-szintű, tehát ekkor a tudat számára még világosan fel nem fogható gondolatok azt sugallták, hogy itt két gyerek verseng az egyik szülő kegyeiért és odafordulásáért.
4. A beteg teljességgel külső konfliktusa hatása alatt válaszolt az immár tudatelöttes gondolatáramlás közreműködésével megfogalmazott kérdésre: Biztosan úgy lesz, hogy a szomszédok el fogják kényeztetni a fiát, és egyedül reá hárul az a kényelmetlen feladat, hogy munkája végeztével az iskolai feladatokat elvégeztesse vele. Ez a megfogalmazás és az anyai viselkedés már regisztrált jelentős hiánya megerősítette azt a feltevést, hogy a beteg konfliktusában a nővér ellenszegül annak, hogy saját feladatain túl még öccséről is gondoskodjék, aki pedig szemérmetlenül kihasználja előnyét.
5. A további kérdésre, hogy voltaképpen milyen kapcsolatot is kíván fiával, elmondta, hogy baráti kapcsolatra vágyik, amelyben kölcsönösen támogatnák egymást, és barátságos harmóniában élnének együtt.
6. Csak ekkor tudta meg a terapeuta, hogy a nőbetegnek két évvel fiatalabb öccse van, és most már felőle tájékozó-

dott. Az öcshöz fűződő kapcsolat megegyezése a fiúhoz fűződővel immár bizonyosságot adott az eddigi elképzelések helyességére.

Most már persze más a súlya ennek az információnak, mert hirtelen magában *a beszélgetéshelyzetben a beteggel közös élményt* világított meg, és magas fokú evidenciaérzést váltott ki – nem az anyag logikai értelemben vett helyességének evidenciáját, hanem szituatív evidenciát, ahogy ezt már egy másik munkában neveztem.⁹ A szituatív evidenciát megkülönböztettem a klinikai evidenciától, ami akkor lép fel, ha a betegség adatait a klinikai tapasztalatok segítségével úgy sikerül feldolgozni, hogy logikai evidencia érzését keltik (vö. az előző fejezetben ismertetett eljárással). Véleményem és tapasztalataim szerint a szituatív evidencia a pszicho-logikai megértés számára jóval értékesebb. A szituatív evidenciáról folytatott klinikai vizsgálataimtól függetlenül kollégám, A. Lorenzer¹⁰ ismeretelméleti vizsgálatai során ugyanerre az eredményre jutott. Ezt írja: „A pszichoanalitikus megismerés legbiztosabb fundamentuma a beteg helyzetében való részvétel... Az analitikus funkcionális regresszió révén vesz részt a beteg életvitelében. Magából a praxisból veszi át a praxishoz tartozó nyelvet, és a kommunikációból kizártat ismét a közös nyelv összefüggésébe hozza... Az indulatáttétel-

⁹ H. Argelander: Der psychoanalytische Dialog. *Psyche*, XX. (1968), 337.

P.

¹⁰ A. Lorenzer: *Symbol und Verstehen im psychoanalytischen Prozess*. Kiadatlan kézirat. 245. p.

ben és viszontáttételben létrejött részvétel a beteg életvitelében egyúttal alapot ad a megbízható megismerés mindkét előfeltétele számára a 'szcenikus megértés' útján; lehetővé teszi a jelentések pontosítását és a megértés rögzítését a tényszerű valósághoz.”

A pácienseink betegségének megértéséhez szükséges „pszicho-logika” nem merül ki logikai összefüggések feltárásában, hanem igazán a scenikus megértésben hasznosítható. Akkor nyeri el igazi értelmét, ha az anyagot összhangba tudjuk hozni a jelenettel, amelyben a beteggel együtt veszünk részt, és ha a szituatív evidencia megerősíti eljárásunk helyességét. Tehát a beteg nemcsak informál bennünket a betegségét meghatározó tudattalan erők játékaról, hanem ezeket a terapeutával folytatott nyelvi kommunikációban közvetlenül mint szcénát meg is jeleníti. A tudattalan konfliktusok scenikus megjelenítésére való kreatív képességet egy specifikus én-funkcióval hozom összefüggésbe, és ezt az én scenikus funkciójának nevezem, ami az ember csodálatra méltó adottsága.

Tehát a „pszicho-logika”, mint az észlelés és a gondolkodás sajátos formája úgy jön létre, hogy a beteggel folytatott dialektikus folyamaton keresztül az adatok összefüggései magában a situációban elevenednek meg, és a nyelvi, illetve viselkedésbeli kommunikáción túl egyfajta szcénát képeznek, amelynek a megértése a regresszív részvételen keresztül a betegség valódi dimenziójához mért adatfeldolgozást tesz lehetővé. Ezzel felvettük az első fejezetben elejtett szálát és többé nem is tévesztjük szem elől.

A lelki betegségek lényege nem-tudatos intrapszichés folyamatokban van. Ezek egy beszélgetőpartnerrel folytatott aktuális jelenet révén hozzáférhetőek. Tudjuk, hogy ezt a beteg szcenikus én-funkciója segítségével már az első interjú során tudtul adja, csak meg kell várnunk, amíg megértésünk erre tudatelőttés szinten beállítódik.

Az első interjúban hihetetlenül gyorsan zajlanak le tudatelőttés észlelési és gondolkodási folyamatok, és összességükben utólag is alig-alig ragadhatók meg. A pszichoterapeuta mindig többet tud, mint amennyinek a közlésére képes – ez az egyik szabályunk. Éppen emiatt megadjuk a terapeutának azt az alapvető lehetőséget, hogy egy zártkörű csoportbeszélgetésen kollégákkal együtt strukturálhassa az interjú utáni tudatelőttés benyomásait, amelyek így a betegség megértéséhez közelebb viszik.

Az itt megfogalmazott ismeretek semmi esetre sem újak. Freud¹¹ már 1905-ben a Dóra-esetnél arra a meggyőződésre jutott, hogy Dóra betegségének rekonstrukcióját és emlékeit másképpen ábrázolta volna, ha a saját személye és viszonyai részleteivel összefüggő anyagot a maga központi jelentőségében jobban felismerhette volna. Az anyag tehát az aktuális szcena bevonása révén új rendet és új középpontot nyer. Számunkra az az újdonság, hogy meg kell tanulnunk az eddig elhanyagolt első interjút olyan technikai szintre hozni, amit a tudomány ma elvárhat. Talán még az a meglepő felis-

¹¹ S. Freud: Egy hisztéria-analízis töredéke. In uő: *A patkányember*. Cserépfalvi, é. n.

merés is új, hogy egy első beszélgetés során már olyanfajta folyamatok mennek végbe, amelyeket egyébként csak hosszabb kezeléseket pszicho-analitikus tanulmányaiból ismerünk. E folyamatok eddigi ismeretlensége arra a köztudott tényre vezethető vissza, hogy csak keveseket érdekelt igazán az első interjú. Még Freud sem foglalkozott alaposan egyetlen munkájában sem a beteggel való első kontaktussal.

A BESZÉLGETÉSHELYZET DINAMIKÁJA¹²

Az előző fejezetek felkészítettek minket arra, hogy az első interjú során nagyon komplex és magasán differenciált helyzettel van dolgunk. Ennek rendszeres vizsgálata először is azt az anyagot biztosítja, amivel a lelki betegségek megértéséhez és megítéléséhez rendelkezünk kell. Először is tovább kell folytatnunk a helyzet végigpásztázását, hogy képet kapjunk mindazokról a megfontolásokról és technikákról, amelyeket még használnunk kell, hogy a személyes élményből kiindulva a beteg személyiségét helyesen értékeljük.

Az alkotó módon létrehozott jelenet, az első interjú főpillére kulcsinformáció egy idegen lelki történet megértéséhez. Természetesen tudattalan forrásokból táplálkozó sajátos dinamikája vagy dramatikája van. Ez a dramatikus jelenet egy kiegyensúlyozott és kontrollált beteggel egy jól vezetett interjúban a „színpalak mögött” zajlik, és a szakképzett észlelés a feltétele a használható kontaktusnak. Azonban a dramatikus hangsúly gyakran az egész interjút igénybe veszi, és tökéletesen eluralja a szcénát, ha a beteg vagy a terapeuta tevőlegesen ágálni kezd. Gyakran technikai hiba következménye az akaratlan drámai felfokozódás, néha azt jelzi, hogy

¹² Vö.: H. Argelander: Zur Psychodynamik des Erstinterviews. *Psyche*, XX. (1966), 40. p.

a beteg nem alkalmas verbális terápiára, vagy a terapeuta még túlságosan tapasztalatlan.

Ilyen akaratlan esemény során nyilvánul meg a látens dinamika igazi dimenziója. Ez aztán igazi nagyságrendjében akkor robban ki, ha az egy életen át begyakorolt lelki védőmechanizmusokat levetve, cselekvésben önállósul, és reménytelenül elárasztja a jelenetet.

Fent megjelölt munkánkban megkíséreltük az első interjú dinamikáját egy rákövetkező beszélgetéshelyzet fényében szisztematikusan vizsgálni. Egy esetben a tudattalan dinamika ágáló jelenetbe csapott át. A nőbeteg a második megbeszélésre azzal a tudattalan motívummal jött, hogy bosszút álljon rajtam az első beszélgetés közlései miatt, amiket úgy élt át, mintha legyőzték volna. Szitokáradatot és légből kapott vádakot zúdított rám. Így például azt állította, hogy csak azért rendeltem be másodszorra, mert az első alkalmat nem tudtam jól kihasználni. Ezzel arra kényszerített, hogy akaratom ellenére hasonlóan reagáljak. Utólag aztán haragudtam magamra, amiért hagytam magam így elragadtatni. Kollégáimmal való megbeszélés során már a részvétreakció volt túlsúlyban ez iránt a szegény beteg iránt, végül is egyikük késznek mutatkozott, hogy pszichoterápiás kezelésbe vegye. Rövid idő múlva a kollégának meg kellett szakítania a kezelést, mert a beteg őt is személyesen támadta, nem tartott be egyetlen játékszabályt sem, és vak gyűlöletében immár elviselhetlenné vált.

Relatív ritkák az ilyen extrém esetek, és viselkedésükben, illetve ágálásukban sajátos pszichopatológia tükröző-

dik. Egy ilyen drámát egyszer át kell élni ahhoz, hogy helyes képet alkothassunk a betegséghez fűződő és benne megkötött erők játékának nagyságáról. Továbbá óvakodnunk kell a tudattalan dramatika bagatellizálásától. Ebbe a hibába estek kollégáim is, mígnem egyiküket saját tapasztalata meg nem győzte.

Vegyünk egy másik esetet, hogy sokoldalúságában jobban megismerhessük a dinamikus mozzanatot! Csak a lényegi jelenetre és hozzá tartozó kísérőjelenségekre szorítkozom:

Mielőtt a szóban forgó nőbeteg megjelent volna a megbeszélte időpontban, egy barátságos levelet kaptam, amelyben részletesen elsorolta életútját, és nagyon tárgyilagosan megjelölte élete legfontosabb eseményeit. A beteg házasságon kívül született. Az apja magas állású kereskedő volt, de még a beteg születése előtt meghalt anélkül, hogy lánya létezéséről tudott volna. Egy derék kézművespár adoptálta csecsemőkorában. Nagy gondossággal és azzal a feltűnő célzattal nevelték fel, hogy valamilyen kiválóság legyen belőle. Energikus modorában és kendőzetlenül nyílt beszédstílusában a beteg ugyan azonosulni látszott ezzel a szolid környezettel és képviselőivel, de – elmondása szerint – már kisgyerekként saját világot teremtett magának, amelyben a családtól eltérően sokat olvasott és fantáziált, mintha megsejtett volna valamit családon belüli különleges helyzetéről. A környezetével feltűnő kontrasztban lévő lelki fejlődését tudattalan családregény-fantázia következményének, azaz különleges származásáról szóló fantáziája eredményének lehet tartani. Ehhez talán az adoptáló szülők viselkedése is re-

ális indítékot szolgáltathatott. Későbbi életében fantáziája valóságnak bizonyult, miután megtudta, hogy örökbefogadó szülei valóban nem a vér szerintiek voltak. Egészen felnőttkoráig kitartott az a képessége, hogy szokatlan sorsával megküzdjön. Magas társadalmi körhöz tartozó férfihez ment feleségül, igényes szellemi foglalkozást űzött. Mindkét gyermeke már felnőtt.

És most itt ült velem szemben. Kis szünet után megkérdezte, hogy rágyújthatna-e. Beleegyezésemre kitett egy csomag cigarettát az asztalra, és kivett egyet. Gyorsan öngyújtóm után nyúltam, de ő megelőzött, és tárgyilagosan közölte: „Köszönöm, gondoskodom én magamról.” Ez az eset a mindennapi életben bagatell dolog, egy beszélgetés személyes, mellékes jelensége, de a mi szokatlan helyzetünkben ezeknek a csekélységeknek mint információknak kiemelkedő fontosságuk lehet. Megértettem őt. „Ő mindig gondoskodik magáról”, és tárgyilagos életrajzára, energikus, öntudatos magatartására gondoltam, és aztán hallgattam, ahogy „papírhalmára” utalva beszélni kezdett. Furcsa módon először egy szakkönyvről beszélt részletesen és arról, hogyan fáradozott azon, hogy a könyv alapján valamit megértsen magáról és problémájáról. A beszélgetésnek ez a szakasza eltartott egy ideig, és közben azt fontolgattam, hogy egyrészt milyen önálló, gondoskodik magáról, másrészt azonban úgy tűnt nekem, mint egy könyvből kilépő „papírlény”. Ez a benyomás csak erősödött, mert a további beszélgetés során is teljesen racionális maradt, és semmilyen érzelmet nem engedett előjönni. Váratlanul ingerült lettem, úgy érez-

tem, hogy immár képtelen vagyok ezzel a kemény fallal szembeszállni és ezt mondtam magamban: Igazán semmit sem tehetek érte. Ebben a tehetetlenség és a rezignáció igen diffúz érzése fogalmazódott meg. Miután átengedtem magam ennek az érzésnek, megértettem, hogy a betegnek azért kell ilyen magabiztosnak, függetlennek és önmagáról gondoskodónak mutatkoznia, hogy úrrá legyen az általam imént megsejtett tehetetlenségén, azaz a realitás „papírtényein” megfeneklő tehetetlenségén. Ezalatt születési bizonyítványok vagy ehhez hasonló papírok lebegtek a szemem előtt.

Témánkra és a beteg anonimitására való tekintettel lemondok arról, hogy aktuális betegségét leírjam, és inkább a jelenet csúcspontja felé fordulok. Bár más tartalmak is szóba jöttek, amelyek központi témánkkal érdekes kapcsolatban voltak, sem a beteg viselkedése, sem az én hangulatom nem változott. Amikor a beteg a második cigarettára gyújtott, én is megkívántam, bár interjú közben általában nem dohányzom. Mivel nem találtam a zsebemben cigarettát, legnagyobb meglepetésemre megharagudtam, hogy a beteg nem kínál meg teli csomag cigarettájából. Szerencsére eszembe jutott, hogy van egy bontatlan csomag az aktatáskámban. Tehát hátranyúltam, rágyújtottam, és a lejátszó jelenet együttérző megértésével mondtam: „Én is gondoskodom magamról.” Szavaimmal átmenetileg mintegy azonosultam a beteg önmagáról gondoskodó tendenciájával, ami kísérlet volt a tehetetlenség és rezignáció legyőzésére, amint azt röviddel azelőtt magamon is felismerhettem. Meglehetősen biztonsággal feltételeztem, hogy a beteg ezt a megfontolt, de

igen konfrontáló megjegyzést elfogadja, és ő is átérzi a beszélgető partnerére tett hatást. Meglepetésemre elgondolkozott, és oly sokáig hallgatott, hogy komoly kétségem támadt, vajon nem tartotta-e ezt a megjegyzést tapintatlan vagy rossz visszavágásnak. Aztán változás ment végbe benne, és a további beszélgetést egészen más atmoszféra jellemezte, amelyben már nagyon jól megértettük egymást. Tehát megjegyzésem alapján felfogta, hogy függetlenségi törekvésében tökéletesen figyelmen kívül hagyta beszélgetőpartnerre igényeit. Ez a tény aktuális konfliktusában igen nagy szerepet játszott.

Ez a kis epizód is azt mutatja, hogy még a beteggel való jelentéktelen szcénát sem csupán megismerési célból alakítjuk, hanem megvan a saját dinamikája is, ami nagyon könnyen tönkremehet, ha teret engedünk érzéseinknek, de nem tartjuk biztos kontroll alatt. A kommunikáció szempontjából döntő a megfelelő, mégis érthető megfogalmazás és a kísérő hangszín, amitől a tartalom értelmet kap, és amihez a beteg igazodni tud. Az éles konfrontáció megfelelt a nőbeteg kerülés nélküli stílusának, amire ő abszolút biztosan reagált, jöllehet magam már kételkedni kezdtem.

Egy egészen másfajta példa olyan kapcsolati jellemzőket mutat, amelyeknek nagy diagnosztikus értékű dinamikája van:

Egy még fiatalos beteg kék öltönyben, zöld kötött mellényben, piros nyakkendőben, elálló fülekkel és kerek gyerekképpel, barátságosnak és nyitottnak mutatkozik. Barátja tanácsára jött el, „hogy rátaláljon magára”. Ezek mögött a

nagy szavak mögött kétségtelenül valamilyen infantilis naivitás rejtőzik, bár a beteg gondolkodási szüneteket tart, és ettől eleinte nagyon szimpatikusnak hat. Gondosabb megfigyeléssel azonban észrevehető, hogy egyáltalán nem gondolkodik, hanem nyilván valami mással van elfoglalva. Minduntalan oldalra néz, mintha lenne ott valami, ami zavarná. Elbeszélése világos és átgondolt, szinte megfontoltan beszél. Úgy érzi, hogy a szülei dirigálják, árnyékként követik, és mindenütt egyengetik az útját. Szívesen függetlenedne tőlük, de képtelen ezen az árnyékon átugrani, mert minduntalan rájuk szorul, hiszen állandóan tehetetlennek mutatkozik. Elálló fülei miatt már kisgyerekkorában is csúfolták, de gyengesége miatt nem tudott ezen felülkerekedni. Képtelen kibogozni, hogy mit is jelent voltaképpen ez a gyengeség, és miért van olyan függőségben, holott állandóan ezzel foglalkozik, és már a barátjával is beszélt erről.

Egyre jobban irritál, hogy a szeme sarkából minduntalan a sarokba sandít. Kérdésemre, hogy zavarja-e valami a szobában, megkér, hogy cseréljünk helyet. Azonnal megváltozik a viselkedése, mintha én most vizsgáznék, hogy egy bizalmi pozíciót kapjak, ő pedig szkepszissel szemlél. Jóllehet bizalmasan felém fordulónak látszik, semmiféle személyes kapcsolatba nem lép velem. Ezért viselkedésváltozását kizárólag az általam engedélyezett új térbeli elrendeződésre lehet visszavezetni. Nyilvánvalóan hasonlóan éli át, hogy szülei árnyékként irányítják.

Ebben az ilyen személytelenül kialakított bizalmas atmoszférában mesél olyan figyelemre méltó dolgokat, ame-

lyek nem annyira tartamuk, mint inkább előadásmódjuk miatt megütközést keltenek bennem. Igen részletesen beszámol alvajárásáról, lidérces álmairól, és a végén egy olyan álommal fejezi be, amelyben túldimenzionáltan nagynak érezte magát, és anyjával világegyetem holdjaival és napjaival labdázott. Közben ártatlanul, naivan bánik velem anélkül, hogy érezné, hogy bizalmas közelsége kellemetlenebbül érint, mint előző távolságtartása.

Azért van a jelenetnek olyan nagy diagnosztikus jelentősége, mert az a képtelenség, hogy egy távolságtartó tárgyakapcsolatot adekvát érzelmi tartalommal töltsön meg, egy olyan helyzetbe csap át, amelyikben a gyermeken bizalmas közelség ellenére „világok” választanak el egymástól bennünket. A barátságos nyitottság mögött a gyermeki naivitás nagyzásos, narcisztikus fantáziákkal párosul, amelyek diagnosztikus értéke a jelenet lefolyásából adódik. A tér megváltoztatásával a természetes védekezés feleslegessé válik, helyébe a regresszív mozgás lép. Csak ennek dinamikájából és tartalmából adódnak a helyes információk. Egy borderline-struktúra diagnózisa egyedül az interjúból, gyakorlatilag csak a jelenet dinamikájából jött létre.

A tesztanyag kiértékelése megerősítette ezt a felfogást, és az imént átélt jelenetet más szavakkal így írta le:¹³ „A Rorschach-tesztben, különösen a sötét táblákon feltűnő a beteg igyekezete, hogy magáról nagyzásos, narcisztikus elképzelések szintjére húzódjon vissza, amely azonban mégis

¹³ Köszönöm M. Muck kolléga úrnak a teszteredmények átengedését.

hideg és meddő marad... Mély, elhagyatástól való szorongás kényszeríti a beteget biztonság- és védelemkeresésre. Egyiket sem képes megelni. A passzív szerepbe való visszavonulás a realitásban csődöt mond, amit aztán nagyzásos fantáziákkal próbál kompenzálni. Így aztán még inkább veszendőbe mennek a tárgykapcsolatok.”

A BESZÉLGETÉSTARTALOM ALAKJA

Azért választottam az alak szót, mert meg vagyok győződve arról, hogy a most tárgyalandó témánkat előnyös alaktani szempontból vizsgálni. E munka keretei és ezen speciális területen szerzett, nem túlságosan tág ismereteim nem engedik meg, hogy ezt az érdekes problémát részletesen taglaljam. Emiatt csak arra szorítkozom, hogy a jelenséget pragmatikusan leegyszerűsített formában egy példán illusztráljam.

Már hallottunk arról, hogy az első interjúban információ formájában kapunk anyagot életútról, emlékekről, a kapcsolatok hálózatáról, élményekről, fantáziákról, aktuális konfliktusokról, gondokról, bajokról, álmokról és sok egyébéről. Ezenkívül azt tapasztaltuk, hogy ezek az információk nem véletlenül adódnak, hanem olyan jelenetté állnak össze, amely mint az első interjú központi magja különösen fontos információforrás a lelki kórfolyamatok megértéséhez. Ennek a jelenetnek sajátos dinamikája van: a benne szereplő crók drámai nagyságrendjükben akkor ismerhetők meg igazán, ha a jelenetben cselekvés és együtt cselekvés révén a közlésre szánt beszédbeli kommunikáció elválik a belátástól, azaz a jelenet elfajul.

Ezekből a fontos felismerésekből sűríti az anyag sajátos alakba értelmi szerkezetét, és egyre nagyobb pregnanciára törekszik. Egy beteg egymás után következő spontán közlé-

sei nem a különböző témák véletlenszerű szukcessziójából adódnak, hanem szerkezeti elemeknek kell tekinteni őket, amelyek akkor állnak össze értelmes szerkezetté, ha nem zavarjuk meg a beteget az előadás folyamatában. Az egyes információk különös jelentőségét utólagosan akkor állapíthatjuk meg, amikor az alakzat már látható. Ez a tény különleges technikai következményekkel jár. Ebben az adatok jelentését nem lineárisan előrehaladva ragadjuk meg, miközben csak az újonnan nyert információkra figyelünk, hanem sokkal inkább körkörösén, az egyszer már félretett adatokat is újra szemügyre véve. A még csak sejtett jelentőségű adatokat is emlékezetünkben tartjuk, és majd csak akkor dolgozunk velük, amikor az értelmi összefüggések szerkezeti részeként már felismerhetővé válnak. Ez a technika megfelel az analitikusok általánosan ismert alapszabályának, amely szerint a beteg minden információját szabadon lebegő figyelemmel szemléljük, nem választunk ki egyeseket kritikusan, és mindaddig várunk, amíg mindegyik elnyeri értelmét. Ebben az összefüggésben emlékszem nőbetegem beszélgetés elején tett megjegyzésére: „Én gondoskodom magamról”. Ennek az információnak az individuális jelentése csak akkor bontakozott ki, amikor az „önmagáról gondoskodás” mint a függőség a gyámoltalanság és a rezignáció elemi védőmechanizmusa érthetővé vált.

Egy ilyen mondatnak sokféle jelentése lehet, de ebből csak egy áll erre a betegre. A terapeuta számára a beteg lelki betegségével együtt egyéni alakzat formájában tudattalan konfigurációk mutatkoznak meg. Ez úgy alakult, hogy a be-

teg élete során a tudattalan folyamatok összeütköztek a tudatelőttel észlelési folyamatokkal, hátrahagyták a nyomaikat, és a belső lelki-ökonómikus feltételekhez, valamint a külső realitáshoz való alkalmazkodásban éppen ilyen individuális alakzattá formálódtak. Beszélgetéshelyzetünkben ezek a konfigurációk kóros jelenségeknek, pszicho-patológiai deformációknak mutatkoznak, életvezetési korlátozásokat vontak maguk után, sőt – mint a következő példában láthatjuk – a legprivátabb szférába is belecsúszhatnak.

Egy régi, közvetlenül a beszélgetés után elkészített jegyzőkönyvből szeretném visszaadni az információk szekvenciáját eredeti szukcessziójukban. Remélem, sikerül megmutatnom, hogy minden egyes információ az anyagalakzat alkotórésze, és nem kerülhet mintegy véletlenül az interjúba. Ezt a szándékot csak egy szó szerinti jegyzőkönyvben lehet egzaktan megvalósítani, ami abban az időben még nem állt rendelkezésemre. Ezért csak egyetlen példán szándékozom bemutatni, hogy miben erősített meg ez a technika.

Ellentétben szokásos betegpopulációkkal, ez a nőbeteg éve szerint „idősebb hölgy” volt, bár ősz haja ellenére fiatalabbnak látszott, és még nagyon friss és eleven benyomást keltett. Azért hangsúlyozom kifejezetten az életkorát, mert az egész beszélgetés személyes múltjának felderítése körül forgott, ami még mindig nyugtalanította. Tudatos motivációjával szemben, hogy ugyanis jelenlegi konfliktusát kezelés formájában oldja meg, én csak arra törekedtem, hogy kibékítsem egyéni sorsával. Krónikus testi betegsége hozta hozzám. E betegség lelki geneziséét rövid idővel ezelőtt olvasott

könyvben vélte felfedezni. A múlttól való távolság valami könnyedséget kölcsönzött a beszélgetésnek, és gyakran megmosolyogtuk azokat a tévutakat, amelyeket az embereknek meg kell tenniük. Ezen a helyen azonban már elhagynám az interjú szcenikus elemeit, amelyek szinte meglevenedtek. Jöjjenek tehát a száraz tények.

Kosztümben, szorosan hátrafésült, kontyba kötött hajjal és szarukeretes szemüveggel a tanárnő klasszikus típusa. Mosolya azonban meglágyítja szigorú vonásait, szimpatikussá teszi, és lányos bájt kölcsönöz neki. Amikor a beszélgetést azzal kezdi, hogy az említett könyvből nyert ismeretek alapján szeretné saját konfliktusát megoldani, megjárodok hangjától, amin észrevehető, hogy sok gyereket tart kordában. A beteg hét testvér közül a legidősebb, de törekenysége és gyakori gyermekbetegségei miatt különösen óvták, ellentétben az utána következő húgával, akit a szülők minden munkára befogtak. Az apa tanító volt, és ügyelt rá, hogy a családban minden gyerek segítsen. Egyedül a beteg élvezett különleges helyzetet. Ennél a mozzanatnál teszem az első megjegyzésemet, amelyben mintegy összefoglalom a célját, hogy krónikus betegségét és annak pszichés hátterét megértse: „Nyilván mindig nagyon keményen kellett küzdenie az ellen a lehetőség ellen, hogy a betegség segítségével különleges jogokat szerezzen és hogy megkíméljék”. A beteg megerősítte ezt a kommentárt, és a rám gyakorolt külső hatással ellentétben, azt foglalja szavakba, hogy mindig kemény volt magával szemben, és soha nem engedett a kényeztetési tendenciáknak. Krónikus betegsége talán e titkos és leküzdött kívánsá-

gának a kifejezése. Jóllehet szülei gyerekként még különösen elnézően kezelték, de később – különösen szakmai életében – nem volt többé része elnézésben. Ellenkezőleg, hogy betegségétől megszabaduljon, több operációnak is alávetette magát, de mindig eredménytelenül, úgyhogy még ma is ezzel a bajjal kell kínlódnia.

Ezekből az adatokból foglaljuk össze az első alakzatot. A nőbeteg küllemét, viselkedését és hivatását tekintve egyértelműen az apjával azonosult, csakhogy még szigorúbb saját törekenységével és kislányosságával szemben, mint annak idején az apja volt. Személyiségének ez az elutasított része jelentkezik betegségében, ezzel kell megküzdenie. Valószínűleg eddig a gondolatig jutott el a belátásban a könyv alapján.

Aztán a beteg elmondja, hogy ezen a krónikus betegségen kívül alkalmanként depresszióban is szenved, és rögtön magyarázatot is fűz hozzá, hogy ezt az anyjától örökölte, mert anyai ágon sok rokonnak volt depressziója, néhányan még öngyilkossági kísérletet is elkövettek. Nem térek rá egyenesen erre a váltásra az óvó apai aspektusról a veszélyes anyai-női aspektusra, hanem megértésemről biztosítom, hogy különleges helyzetében elkényeztetett gyerekként igencsak egyedül és izoláltan érezhette magát, és talán félt is, hogy úgy járhat, mint anyai rokonai. Mindemellett arra gondolok, hogy a törekenység és kislányosság nyilvánvalóan nagy veszély. A beteg ekkor kijavítja magát, talán nem is volt olyan kemény önmagával szemben, mert bár tanárként mindig félt a kudarctól, ez a hivatás mégis sok örömet okoz neki, és nagyon vigyáz arra, hogy megértő legyen a gyerekekkel, és

olyan légkört teremtsen, amiben a gyerekeknek élvezetet okoz a tanulás. Eközben újra az a kedves, szimpatikus mosoly jelenik meg az arcán, ami azt mutatja, hogy már megbékélt a sorsával, és a gyerekek között nem érzi magát egyedül. Az apjával való azonosulás nehéz volt ugyan, de a gyerekekkel való együttlét megvédte az anyai-nőiessel összekapcsolódó, veszélyes elmagányosodástól. Mialatt ezen töprengek, megkérdezem a beteget, hogyan is folyt az élete. A bizonytalan tartalmú felszólítás azt célozza, hogy az eddig nyert tudattalan alakzatot (az apjával való azonosulás és női szerepe megvalósításának elkerülése) élete konkrét adataival gazdagítsam. Készségesen reagál a kérdésemre, és elsőként arról beszél, hogy fiatal leányként megismerkedett egy férfival, aki egy távoli helységben lakott. Sokat leveleztek egymással, és már azt tervezték, hogy összeházasodnak. A kapcsolatnak ebben a szakaszában támadt az az ötlete, hogy barátjának egy képet küld magáról. Attól kezdve a férfi többet nem hallatott magáról. Utóbb döbbsen rá, hogy ezt a képet egy depresszív időszakban készítették róla. Képtelen volt felfogni, hogy is küldhette el éppen ezt a képet, és még ma is meg van győződve arról, hogy barátja e kép hatására vonult vissza. Kis szünet után azonban elgondolkodva hozzáteszi, hogy talán attól is félt, hogy gyereke lesz, hiszen akkoriban egy törvénytelen gyerek megoldhatatlan probléma volt. Én kiegészítem: „És emiatt nem volt vele szexuális kapcsolata.” „Nem, természetesen nem” – világosít fel azonnal. Életében soha nem volt intim kapcsolatban férfival.

Tehát alakul a kép: lányként nem tudott és nem is akart

semmilyen kontaktust férfival, mert akkor gyereke lehetett volna, és kétségbeesésében öngyilkosságot kellett volna követnie, ahogy ez annak idején gyakran megtörtént. A nőiesség – kezdetben felállított szerkezeti tételünknek megfelelően – fenyegető tényező maradt, amit nem szabad megvalósítania, és amit a férfias identifikáció segítségével el kellett nyomnia. A nőiességgel való azonosulás ugyan még mindig depressziót, izolációt és öngyilkosságot idéz fel, de ugyanakkor új tematikával is összekapcsolódott. A veszélyt előidéző tényező immár nem a nőiességgel összekapcsolt elkenyetzetés és kivételes helyzet, hanem a törvénytelen gyermekkel fenyegető női szexualitás.

Hogy az eddig kibontakozott alakzatot infantilis-tudattalan konnotációjában is megértsük, praxisunkból egy genetikus összefüggést is hozzáfűzünk. Fel kell tételeznünk, hogy a beteget kislány korában tudattalanul az a kívánság nyomasztotta, hogy az anyjához hasonlóan neki is gyereke legyen az apjától, hiszen az anyja hat terhességét élte végig. Ez a közismert infantilis vágy volt az igazi problémája, és nem az a fantáziált veszély, hogy barátjától terhes lesz, akivel emiatt nem volt szexuális kapcsolata. Barátjával átélt élménye mint tudatos emlék az interjúinformációk szukcessziójában a nem közölhető, tudattalan, infantilis fantázia helyén áll (fedőemlék), és infantilis neurózisa központi félelméről árulkodik. Kiegészítjük a már ismert tényekkel. E miatt a félelem miatt vetett véget az apjával kezdődő nőies kapcsolatának úgy, hogy depressziója és kíméletre szorulása segítségével másfajta kivételezett helyzetet teremtett magának az

apjánál. Biztosan nem kacérkodva és szerelmesen érintkezett az apjával, ahogy ezt kicsi lányoknál gyakran megfigyelhetjük. Ez a kivételezett helyzet nem érintette anyjához fűződő kapcsolatát. Ennek ellenére az anyja látenszen mégis a nagyhatalmú rivális szerepében maradt, mivel a betegség révén kialakult kivételes helyzet mögött a vágya megvalósítására irányuló tudattalan fantázia bujkált. Az apjánál kivívott kivételes helyzetének megszilárdítása végett a beteg pótlólag vele azonosult, és így ártatlanul ismét közelebb került hozzá. Élete egyetlen férfikapcsolata megrendítette lelki egyensúlyát. Apjához fűződő első szerelmi kapcsolatának mintájára, beteges női képének felkínálásával fejezte be ezt a kapcsolatot.

Visszatérünk az interjúhelyzethez. Szimpatikus, lányos mosolyát látva egyébként oly szigorú arcán, felvetődik, vajon hogyan őrizte meg a beteg ezt a nőies vonást, ami tartalmilag az érintetlen leányt testesíti meg.

Ebben az aktuális beszélgetéshelyzetben az „idősebb hölgy” mosolya békülékeny jellegű, mintha mégsem adta volna fel teljesen nőies vágyainak megvalósítását.

Ezekre a gondolatokra a beteg már a következő információval kielégítő választ ad. Az adatok szukcessziója jól felismerhetően a pregnanciaelvet követi.

A beteg élettörténete folytatásával van elfoglalva, és nem is sejti, hogy kijelentéseinek szekvenciája előzetes megértésünkkel nyert értelmet. Ez után a csalódás után teljesen szakmai képzésének szentelte magát, azonban a háború után visszatért a szülői házba. Itt együtt élt szüleivel és közvetle-

nül utána született hűgával, a többi testvére már elhagyta a házat. Amikor szülei magukhoz vették egyik testvére törvénytelen gyereket, sokat törődött ezzel a gyerekkel, és gondoskodott arról, hogy a fiú tízéves korában internátusba kerüljön. Az internátusi évek után – a szülők időközben meghaltak, és a két nővér vette át a házat – magukhoz vették a fiút, és azon fáradoztak, hogy igazi otthont nyújtsanak neki. A beteg úgy véli, hogy a fiú szabályosan „hozzájuk nőtt”. Mostanában sokat van külföldön, de minden szabad idejében meglátogatja őt és a hűgát. „Így mégiscsak fel tudott nevelni egy 'saját gyereket', és egy elérhetetlen életterület nyílt meg ön előtt” – teszem hozzá eltöprengve. Feleletül csak elmosolyodik és hallgat. Ez az egyetértés felbátorít, hogy egy olyan kérdést tegyek fel, ami minden felismerhető ok nélkül ebben a pillanatban merül fel bennem: „Soha nem szenvedett életében attól, hogy e miatt a megoldás miatt testileg kielégítetlenül kell maradnia?” Nyíltan bevallja, hogy gyerekkorától onanizált, de mindig nagy büntudattal, a vétkekesség érzetével. Tulajdonképpen valószínűleg valami testi kénysernek engedett. Ez a múlt távlatában igencsak természetesen hangzik. Kis szünet után a beteg elképedésemre azzal folytatja, hogy még mindig előfordul, hogy ilyen futó ingert érez. E szavaknál halványan elpirul. Tehát voltaképpen máig kislány maradt, szimpatikus mosolyú, a szexuális vágyait szégyellő kislány. A szigorúság és a lányos mosoly közötti kontrasztból tehát a lányos mosoly ellentéte, a lányos szégyenpír lett. Az elhárított lányosan-nőies pozíció került a beszélgetés középpontjába.

Jóllehet a beszélgetéshelyzetben most valami nagyon gyengéd, nőies kerül napfényre, ami inkább megindító veszteségnek, mint fájdalomnak hat, a beteg arról igyekszik meggyőzni, hogy az apjával történt férfias identifikáció révén nemcsak azt érte el (szexualitás nélkül), hogy egy „saját” gyereket felneveljen, hanem azt is, hogy (szexualitás nélkül) „boldog házasságban” éljen. Mint már mondtuk, hűgával él kettesben. Hűga vezeti a háztartást, és legalább olyan jól gondoskodik róla, mint annak idején az anyja az apjáról. A beteg tanítói hivatását gyakorolja, és megkeresi a pénzt mindkettejük számára. Hűga gyakran elszomorkodik amiatt, hogy nincs saját pénze, bár a keresetet elosztják. A beteg tovább részletezi közös problémájukat mindaddig, amíg én végre kimondom, hogy kettőjüknek a mai időkre jellemző házastársi konfliktusa van. Leírásában egyre tudatosabbá válik, hogy hűgával „házastársi közösségben” élnek, és emlékszik, hogy valami ilyesmit homályosan mindig is érezhetett, hiszen gyakran tréfásan mondogatta hűgának, hogy szinte házasok. Így hát „fiuk” a „szüleikhez” jön látogatóba, kényeztetik, majd egyedül maradnak, mint egy öreg házaspár, akinek a gyereke már felnőtt. A beteg hirtelen megérti, hogy miért fél olyan gyakran attól, hogy mi lesz, ha már nem tudja ellátni az iskolai feladatát, és azt is felismeri, hogy maszkulin identifikációjában a sok jól sikerült kompenzáció ellenére mindig túlterhelte magát, valami mást pedig nem engedett kifejlődni, csenevészén hagyott.

A búcsúzkodásnál úgy vélte, sok mindent át kell még gondolnia, és úgy hiszem, belátta, hogy ez valószínűleg a kom-

penzáció szintjén marad, hiszen különös sorsa alapvető megváltoztatása immár értelmetlen lenne. A probléma illetékes megoldása nem a legrosszabb, még ha szomatikus betegség és alkalmi depresszió is az ára.

A BESZÉLGETÉSHELYZET HATÁSAI

A beszélgetéshelyzetben létrejött jelenet dinamikája természetesen biztosítja a további kapcsolatot a terapeutával vagy azt, hogy személyes emléket őriz róla a beteg. Az a beteg, aki vágyainak és fantáziáinak megfelelő, megértő szülőre talált a terapeutában, a kapcsolat fenntartására törekszik, vagy hálával és tisztelettel gondol rá. Minden lehetséges kapcsolati forma kifejezésre jut. Ebben az összefüggésben nem szeretnénk az interjú ilyen pozitív hatásáról beszélni, hiszen – amint örömmel látjuk – ezek megalapozzák a beteg kontaktusra és kezelésre való készségét. Fontosabb számunkra a negatív hatások vizsgálata, mert ezek az első interjú célja ellen irányulnak.

Minden manifeszt lelki betegség tünetétől szenvedő beteg még akkor is úgy érzi, hogy idegen, ismeretlen erők áldozata, ha már felismerte, hogy ezek a tünetek valahogy összefüggnek saját személyével. Ahogy mondani szoktuk: ezek az erők „én-idegenek” maradnak. Hallottuk, hogy a betegek ellenállnak, hogy ne kelljen ezeket a tudattalan folyamatokat magukra vonatkoztatniuk és tudatosítaniuk. Bizonyos lelki tartalmak tudattól való távoltartásának ez a képessége természetes védelmet nyújt a személyiség számára még akkor is, ha zavaró és kóros tünet a következménye. Nyilvánvaló, hogy több vonatkozásban a betegség a kisebb rossz azzal

a veszéllyel szemben, hogy megkérdőjelezzük az önmagunkról kialakított elképzeléseinket és ideálképet. Fokozza az ellenállást a konfrontáció a tudattalannal, vagy olyan traumatikus következménye van, ami megbántottságként hat, párosulva a terapeutára tett szemrehányással. Ez az egyértelmű tény az oka annak, hogy a pszichoterápiás kezelések hosszú időt igényelnek, ugyanis a lelki betegségek tudatosítása sok kerülő úton és ellenállási manőveren át halad. Így hát a terapeuta nyilvánvaló dilemmában van. Ha csak információforrásnak tartja páciensét, és nem közli vele betegségé hátteréről tett felismeréseit, úgy a betegségről alkotott elmélete tökéletlen marad, és gyakran nem is meggyőző, ahogy erre már utaltunk. Ezenkívül a terapeuta arról sem tapasztal semmit, hogy a beteg valóban alkalmas-e verbális terápiára, hogy milyen személyiséghez kötődő ellenállásokkal kell számolnia, és ezek hogyan függnek össze a páciens betegségével. Ilyen körülmények között a pszichoterápiás kezelés prognózisát és indikációját csak klinikai tapasztalat és diagnózis együtthatásából lehet felállítani, amely nincs tekintettel az adott betegség kóreseményének egyéni variánsára. Ehhez járul még, hogy jelenlegi diagnosztikus fogalomrendszerünk még nem elég általános érvényű. Emiatt a terapeutának túlságosan magas tévedés- és hibaszázalékkal kell számolnia, amiért nem vállalhat felelősséget, ha nem egyedül a beteg hoz anyagi áldozatot, hanem ezzel a közösséget, például egy biztosítót terhel.

Ezzel szemben, ha a terapeuta pszichoterápiás próbára használja fel a beszélgetéshelyzetet, és mindaddig részesíti

benne a beteget, ameddig a szituáció lehetővé teszi, akkor gyakran olyan ellenállással kell számolnia, amely csak a beszélgetés után, sértődésként jelentkezik. Ehhez társul még az a veszély is, hogy a vele szembe áramló dinamika örvényébe sodródik, még akkor is, ha valamilyen képet formálhatott a beteg kooperációs képességeiről és specifikus dinamikájáról. 1967-es közleményemben¹⁴ írtam egy nőbetegéről, aki tudatosan igazán szívesen jött el a második beszélgetésre, de nem-tudatosan értésemre adta, hogy az első interjú ezzel a mottóval élte át: „Egy férfi valami szörnyűséget tett velem.” Ezért a férjét is felelőssé tette betegségéért, és ebből kiindulva még egy álmelméletet is közölt baja eredetéről. Az volt a szilárd elképzelése, hogy meg lehetne szabadítani betegségétől, ha azt a traumatikus eseményt, amit csak sejtett, egy álomban ki lehetne mutathatni. Ennél a betegnél a jelenet egyéni, nem-tudatos dinamikája még elfedte a sértődést, és a terapeutával csak tudattalan konfliktust hívott elő, amely azonban sem a külső viszonyt, sem a reá emlékezést nem zavarta meg.

Bálint M. és E.¹⁵ 1961-ben könyvükben ugyanezt a szemléletet képviselték: „Mind a pszichiátriai interjúk, mind a tesztfelvételek hirtelen események, és emiatt a hosszú ideig tartó kezelésekkal ellentétben traumatikusan hathatnak. Az interjú révén átélt sokknak lehet terápiás hatása, különösen

¹⁴ H. Argelander: Das Erstinterview in der Psychotherapie. *Psyche*, XXI. (1967), 455. p.

¹⁵ Bálint, M. és E.: *Psychotherapeutische Techniken in der Medizin*. Bern und Stuttgart (Hubert-Klett) 1961, 61. p.

ha egy olyan kapcsolatban történik, amelyet az orvos alakított ki, és a beteg őszintén és fenntartás nélkül átvett.” Erre idéznék egy példát: Egy este egy átutazóban lévő külföldi nő kért sürgősen egy beszélgetésre. Kifejezett pánikállapotban volt. Személyiségéről nyert első benyomásom és a fenyegető belső krízis arra indítottak, hogy őszinte beszélgetést folytassak vele, és amennyire csak lehetséges, közöljem vele felismeréseimet. Nem próbáltam megnyugtani, hanem kertelés nélkül, nyíltan beszéltem, és persze szigorúan a beszélgetésünkből adódó megnyilvánulásokra szorítkoztam. A beteg a beszélgetés során külsőleg megnyugodott, aztán – feltevésem szerint belsőleg felkavarva – folytatta útját.

Jó fél évre rá levelet írt, amelyből néhány jellemző részlet szeretnék idézni: „Igazán rossz a lelkiismeretem, hogy csak ma mondok köszönetet Önnek. Azóta négyszer is neki-fogtam, de mindet eltéptem. Ma már mosolygok rajta. De Ön aztán tényleg jó keményen bánt velem. Még ma is ijedség és rémület fog el emiatt. ...Leginkább az segített rajtam, hogy Ön józanul világította meg a realitást. Csodálatos, hogy izgatott kedélyállapotban mit tudunk csinálni egy helyzetből! Egyébként Ön életem legjobb tanácsát adta nekem. Ez a tanács az elmúlt öt hónapban valóban szakítópróbát jelentett nekem, ami kis híján leterített. Talán el sem hiszi, hogy néha milyen szívesen kértem volna Öntől tanácsot minden félelmem ellenére – hiszen nem lehet olyan gyorsan elhagyni egy élet szokásait, de most azon fáradozom, hogy cselekedeteimet ebből a szempontból kritikusan ítéljem meg. ...Mindenekelőtt az Ön emberismeretét csodálom. Szinte

mindenben igaza volt, minden úgy történt, ahogy megjósolta. ...Jól vagyok.”

Pár sorban megköszöntem ezt a levelet, és egy újabb fél év múltán kaptam hírt felőle. „Az Ön írása azért döbrentett meg, mert soha nem gondoltam, hogy maga a tanácsadó is érdekelt egy beszélgetésben. Persze, ezt magamtól is tudhatam volna. A pszichiáter–beteg viszonyhoz még egy mozzanat járul: a szégyen. Kitérjük a lelkünket, s ha az izgalom elcsitul, előjön a harag és a szégyen, amiért ennyire 'kitakaróztunk'. Nehéz elviselni az éles kritikát, különösen, ha az fején találja a szöveget. A kritika nagy vihart kavarhat, ezt immár magamtól is tudom. Elég sokáig tartott, amíg annyira egyensúlyba jutottam, hogy ezt őszintén meg tudjam köszönni. Mindent megfogadok ugyan, amit Öntől tanultam, ugyanakkor el kell mondanom, hogy...” Itt két esemény igen részletes leírása következik, amelyekben a beteg új, a korábbiakhoz képest megváltozott magatartást tanúsított, és most már ráadásul arra is képes, hogy korábbi viselkedését kritikusan szemlélje, és messzemenően távolságot tartson tőle.

Ilyen következményei lehetnek egy szűk óráig tartó interjúnak, ha a helyzet szokatlanságát intenzíven megbeszélik. Ennek a sürgős helyzetnek a bizonyosan nem követendő példája mint extrém eset arra figyelmeztet, hogy milyen veszélyes folyamatok indulhatnak el egy első interjú révén, hogy milyen reális következményekkel járhatnak egy kevésbé belátásra képes és kevésbé stabil személyiségnél, és hogy milyen körülmekintő eljárást kíván ennek az instrumentumnak a használata. Ez a tapasztalat az első interjútechnika árnyalt

differentiálását is ajánlja számunkra tisztán diagnosztikus, terápiás és sürgősségi szempont szerint – ezekkel a technikákkal még tovább kell foglalkoznunk.

Pillanatnyi témánkkal összefüggésben szeretném még alaposabban kifejteni a hatásmódot. Ezúttal nem törődöm a valódi szcenikus elemekkel, hogy egy olyan általános törvényszerűségről beszéljek, amivel a szcenikus dinamikától függetlenül számolnunk kell.

Tanácsomról és állítólagos, itt beigazolódott emberismeretemről szóló megjegyzései egy olyan belátásra vonatkoztak, amit a betegségéről folytatott, külsőleg teljesen nyugodt, de nagyon nyílt, az aktuális jelenettel összhangban folytatott beszélgetésnek köszönhetek, és a következő szavakkal fogalmaztam meg: Erős függősége miatt kell minduntalan beleár-tania magát más emberek ügyeibe, és ezáltal gyámoltalan helyzetbe kerülnie. Ez a megfogalmazás a kívülálló számára biztosan nagyon banálisnak, felszínesnek és nem túl jelentőségteljesnek hangzik. Találati biztonsága egyáltalán nem emberismeretemenek köszönhető, hanem sokkal inkább annak, hogy összhangba tudtam hozni a helyzet szcenikus elemeivel. Ezzel a beteg ellenállása pillanatnyilag csökkent, képpessé vált problémája észlelésére, amit csak sokkal később, valós életkörülményei között fogott fel teljesen. Megfogalmazásomból önmaga vont le a tanácsot: „Ne keveredj minduntalan mások ügyeibe, hanem bizonyítsd be magadnak, hogy te is lehetsz független és önálló!” A beteg megfogadta a tanácsot, amelyet – mint mondtunk – saját magának adott, és általa teljesen új élettapasztalatokkal szembesült.

Csak ezek segítették, hogy felismerje, voltaképp milyen függőségben is volt korábban, és hogy miféle gyámoltalanságot mért rá az a tendencia, hogy belekeveredjek mások ügyeibe. Maga írja: „Ez a tanács az elmúlt öt hónapban szakítópróbát jelentett nekem, ami kis híján leterített.” Tehát önmaga ellen, saját eddigi személyisége ellen kellett harcolnia a szakítópróbában. „Nem lehet olyan gyorsan elhagyni egy élet szokásait” – és itt hozzá kell fűznünk: még akkor sem, ha gyámoltalanság és pánik a következményük. Ez esetben a betegség még a kisebbik rossz.

Eljárásom helyességét és jogosultságát belátta ugyan a beteg, ambivalens érzelmi beállítottságában mégis kifejezetten negatív reakciókat kellett kibírnia velem szemben: „Még ma is ijedség és rémület fog el.” Az én megfogalmazásomat és az aszerint tematizált beszélgetést összehasonlítva a mintegy fél évig tartó negatív reakciójával, semmi kétség afelől, hogy a megbántottság a beteg valamilyen belső forrásából származik. Az első levélben azt írja, hogy csak most, miután újra egyensúlyban van, képes köszönetet mondani. Ezt a mondatot szó szerint kell venni. A velem folytatott beszélgetés kibillentette lelki egyensúlyából, érzékenyen megzavarta eddigi harmóniáját, és arra kényszerítette, hogy új tapasztalatokat szerezzen a valóságról. A velem kapcsolatos negatív emlékei élete változásával fokozatosan csökkentek. A szakítópróbán immár önmagával harcolt. Egy fél évvel később kelt második levelében tovább korrigálta rólam alkotott ítéletét: „... igazán sohasem gondoltam volna, hogy a tanácsadó maga is érdekelt a beszélgetésben.” A terapeuta vasmar-

kú fantomból emberré változott a szemében. Csak e feltétel teljesülése után tudta a beteg elmagyarázni, hogy mi történt vele: „Kitárjuk a lelkünket, s ha az izgalom elcsitul, előjön a harag és a szégyen, amiért ennyire kitérülköztünk.” Ambivalenciájából még egyszer kicseng a neheztelés: „Nehéz elviselni az éles kritikát, a kritika nagy vihart kavarhat, ezt immár magamról is tudom.” Ez a mondat felkelti a gyanút, hogy a nőbeteg saját kritikáját a terapeutára tolja át, és így az ő rovására kíméli meg magát. Az ilyen viselkedés különösen jogos, hiszen a terapeuta indította meg ezt a folyamatot, jóllehet a beteg részvételével és egyetértésével. Egyértelműen ő viseli a felelősséget a beszélgetés ilyen hatásáért. Nélküle nem jött volna létre, legalábbis semmi esetre sem ebben a drámai formában.

A megfogalmazás evidenciája megfosztotta a beteget az ellenállás védelmétől, és csak egyetlen lehetőséget hagyott a megkönnyebbülésre, azt, hogy haragját a terapeután reagálja le. Az ellenállás helyén agresszió szabadult fel, ami a lelki egyensúly újjáalakulását kísérte, és láthatóan lecsengett, miután új harmóniát ért el. „Ma már mosolygok rajta.”

Nincs olyan megfontolt terapeuta, aki elindítana egy ilyen veszélyes folyamatot kényszerítő körülmények híján. Ez a folyamat hosszú távon elkerülhetetlenül szükséges a gyógyuláshoz, azonban hirtelen sokként, traumatikusan hathat, és a beteg akut szorongása révén jelentősen fokozhatja védekező elhárítását.

Mindebből az következik, hogy interjútechnikánkkal a beteg személyiségéhez alkalmazkodva kell felszabadítanunk

az explozív erőket anélkül, hogy az interjú célját veszélyeztetnénk, és a pusztá adatgyűjtés álláspontjára csúsznánk vissza. Önmagában a beszélgetéshelyzet alakulása és ezzel együtt a beteg reakcióinak megfigyelése egyáltalán nem biztos kritérium. Ettől a nőbetegünktől megtanultuk, hogy a negatív reakciók egy látenciafázis után lépnek fel, mielőtt az izgalom lecsengett, és az újonnan szerzett ismeretek jelzik az igényeiket.

Nyilvánvalóan ez az izgalmi tényező a legfontosabb. Sokszor találkozunk ezzel gyakorló orvosok szemináriumán, akik jóval gyakrabban találják betegeiket akut szenvedésben, mint mi, pszichoterapeuták. A betegek ebben az állapotban sokkal őszintébbek önmagukkal szemben, és ezáltal nyitottabbak is egy pontos értelmezésre. Az értelmezés ilyen feltételek közt terápiás lehetőségeket ragadhat meg, de súlyos sértődésre is alkalmat adhat. Egy dolgozatomban¹⁶ hasonló esetről írtam, amelyben az orvos elszalasztotta a lehetőséget, és rosszul értelmezett azonosulásban a pszichoterapeutával az akut kóresemény lezajlása után pszichés ellenállásba ütközött, amivel képzettsége alapján nem tudott megbirkózni. A betegség akut izgalmi fázisában a beteget kevésbé védik a személyiségére jellemző ellenállások. Intsen minket e tény a legnagyobb óvatosságra, különösen ha krízisállapotban szeretnénk segítséget nyújtani. Jóval kevésbé veszélyeztetett az

¹⁶ H. Argelander: *Angewandte Psychoanalyse in der ärztlichen Praxis. Jahrbuch der Psychoanalyse*, VI. 1969, Huber

a beteg, aki egy előre megbeszélte interjú során teljes ellenállást mozgósítva találkozik velünk.

Számos más faktor is szerepet játszik az interjú negatív hatásaiban. Így például vagy egyáltalán nem befolyásolható vagy túlságosan traumatizálható a teljesen felvilágosítatlan beteg, aki hamis elképzelésekkel érkezik az interjúra. Utólag – belátása híján – nem lesz képes arra, hogy a terapeutával szembeni szemrehányásaival megküzdjön, és ambivalenciáját legyőzze, mint ahogy ezt nőbetegünk – ha meglepően hosszú idő után is – mégiscsak megtette.

AZ INTERJÚ MINT HATÁRHELYZET

Azért választottuk annak idején szemléletesebb fogalom hiányában a határhelyzet¹⁷ szót, hogy jellemezzük a különböző információs folyamatok egybefonódását a beszélgetés egy meghatározott időpontjában. A beszélgetés meghatározott fázisában hol objektív, hol szubjektív, hol szituatív adatok kerülnek állításként túlsúlyba. W. Schraml egy ilyen fázis kritikus pontját küszöbnek nevezi. Példájában 25 percig tartott, mire az objektív adatok legpontosabb felsorolása után olyan küszöböt vagy határt értek el, amelyben dinamikus információs alakzat képezte az önkifejezés fő elemét, és pedig ebben a megfogalmazásban: Nehéz lehet egy ilyen perfekcionista emberrel. A családi konfliktus adataiból a pszichoterapeuta a rokonokkal átmenetileg azonosulva meg tudta érteni, hogy milyen mozzanat váltotta ki ezt a konfliktust, és ennek megfelelően egy kérdésben tudta megfogalmazni. A beteg közvetlen reakciója evidenciaélményként erősítette meg a tudattalanul tált információk helyes értelmezését, felszabadította a dinamikus szituatív folyamatot, és utólag azzal a fontos információval szolgált, hogy bizonyos fokig le tudja vetni látszólag merev sztereotípiáját, és képes a belátásra.

¹⁷ H. Argelander: Das Erstinterview in der Psychotherapie, *Psyche*, XXI. (1967), 429. p.

Világosan látható, hogy a beszélgetésnek ezen a pontján hogyan egyesül a növekvő anyag, a jelenet dinamikája és a kérdés formájában megfogalmazott értelmezés hatása új információvá. Az első interjúnak ezt a jelenségét nevezzük határhelyzetnek. Gondoljunk csak bele, hogy mind a betegnek, mind a terapeutának milyen kommunikációs teljesítményre és észlelési képességre van szüksége ahhoz, hogy ilyen információalakzat létrejöhessen! E kommunikációs folyamat nagy része tudatelőttés szinten zajlik, azaz a tudat számára nem hozzáférhetően. Ma még messze vagyunk attól, hogy ezt a folyamatot teljesen érteni és magyarázni tudnánk. Nyilván ez is egyik oka annak, hogy miért kezelik nagyobb tartózkodással a szubjektív és a szituatív adatokat, jóllehet a pszichoterápiában semmilyen okos érv nem szól amellett, hogy az objektív adatok a többiekénél megbízhatóbb útbaigazítást nyújtanának. Tudományos felsőfokú képzésünk azt a kéréstől szigorú oltja belénk, hogy csak olyan kórinformációkat tekintsünk megbízhatónak, amelyeket objektív kritériumok alapján nyertünk, és amelyeket utólag megvizsgálhatunk. Azonban e képzés során azt nem közlik velünk nyíltan, hogy nagy ára van az ilyen objektivitásnak, mivel a helyzeteket szélsőségesen arra az információs szintre korlátozza, ahol a tudomány állása szerint még kontrollálhatónak látszanak. Bár kísérleti értelemben korrekt az ilyen eljárás, hiszen objektív utóvizsgálatokat tesz lehetővé, mégsem hallgatható el, hogy maga az emberről szerzett csekély tudásunk indokolja az elővigyázatosságot. Ez a korlátozás értelmetlen előítéletté válik; hiszen olyan jelenségekről van szó, amelyek

megfigyeléséhez és megítéléséhez egyszerűen inadekvát az objektív észlelési szint. Durva hasonlattal ez a beállítódás azt jelenti, hogy azok a jelenségek, amelyeket távcsővel vagy mikroszkóppal mutatunk ki, nem állják ki az objektív kritikát, mivel szokásos eszközökkel nem reprodukálhatóak. Bizonyítani csak az tud, aki ugyanazt az eszközt használja, és tud is vele bánni. A mikroszkóp és a távcső mint eszköz tudományosságában ma már senki sem kételkedik komolyan. Feltalálásuk idején azonban éltek ilyen előítéletek. Ismerjük szabályaikat, és ez a döntő szempont. A szubjektív és a szituatív észlelés szabályait ma még alig ismerjük, és emiatt hajlamosak vagyunk arra, hogy ne ismerjük el a segítségükkel nyert eredményeket ahelyett, hogy tudatlanságunkat vallanánk be. Kétségtelenül léteznek olyan jelenségek, amelyeket ezek segítségével tudunk megfigyelni. Egyelőre még nem határozhatók meg olyan egzaktan a törvényszerűségek, ahogyan ezt a szigorú tudományosság megköveteli. Ebben a sorsban a pszichoterápia osztozik rokontudományával, a medicinával, amelyben a rendszertelen megfigyelés megelőzte a szigorúan empirikus és ismeretelméletileg megalapozott kutatást, mert a szenvedés enyhítése nem engedett más választást. A medicinának is át kellett verekednie magát a mágikus gondolkodás vadonján, és a korábban intuitíven használt eljárások közül a sikereseket megerősítette a fejlődő tudomány, másokról leleplezte, hogy sarlatánságok. Ez a fejlődés ma még egyáltalán nem zárult le.

Sok tapasztalt orvost vezet be nem vallottan klinikusi szimata, sok pszichiátert pedig az előérzete. Miután senki sem

tudja pontosan, hogyan jön létre, és honnan a találati biztonsága, az ilyen észlelési módot mint tudománytalant kellene megtagadni és elvetni. E két, kizárólag az emberrel foglalkozó tudományban még mindig bizonyos elsőbbséget élvez a személyes kezelési mód a tudományos vizsgálatokkal szemben. Különböző kutatási irányzatok újabb vizsgálatai a kreatív gondolkodás tudományos megértésén fáradoznak, és ezzel behatolnak a szubjektív észlelés ismeretlen területére. Remélhetőleg az idők folyamán újabb magyarázatokat eredményeznek. Amióta a pszichoanalitikus én-pszichológia az érdeklődés középpontjába került, a pszichoterápiában is vizsgálják ezt az észlelési instrumentumot a pszichoanalitikusok. Félő, hogy az empátia fogalom jelszóvá válik. Ez azt jelenti, hogy beleérző megértés révén az idegen lélek megismerhetővé válhat. Így fejlesztik ki az anyák azt a különleges képességet, hogy kisgyermekük létfontosságú igényeit megértsék. Van néhány olyan súlyosan dependens beteg, akik speciális érzékenységük révén felfogják mások tudattalan folyamatait. A csoport-pszichoterápiában ezt a képességet radarfunkciónak nevezik.

Ezzel a kis kitérővel arra kívántam utalni, hogy a szubjektív és szituatív adatok használatával szembeni kritikus beállítottság – amennyiben ma még fennáll – nem vezethet az ilyen adatok félretolásához, mintha jelentéktelenek volnának, mivel így döntő megismerési lehetőségektől fosztanánk meg magunkat. A kritikának inkább a szubjektív észlelés instrumentumának intenzívebb kutatására kellene ösztönöznie. A pszichoterápia rövid történetéből kiolvasható, hogy a

látszólag tárgyilagos kritikát hogyan befolyásolják a koráramlatok, és miként merevedik meg előítéletekben. A kritikusok először a freudi ösztöntanra (szexualitás) támadtak rá, hogy aztán később a tudattalan felfedezését tagadják. Mivel ezek az érvek manapság aligha csábítanak valakit is komolyan vett polémiára, a tudománytalanság vádjával állnak elő, és közben nem veszik észre, hogy a modern pszichoterápia új alapokat dolgoz ki az emberrel foglalkozó tudományban. És ezzel egyáltalán nem kérdőjelezi meg a tudományosság elvét. Sőt, a tudományos elmélet újragondolását segíti elő.¹⁸

A helytelen kritika éppen ezen kitüntetett fontosságú területen gátolhatja szükségtelenül a kutatást, és a tehetséges új nemzedéket vonzóbb diszciplínák felé terelheti. A természettudományos tárgyak roppant előnyével szemben, a pszichoterápia szörnyen elmaradott helyzetében ezt már igazán nem engedhetjük meg magunknak.

Megállapíthatjuk: a pszichoterapeuta ma még nagyobb részt feltáratlan észlelési funkciókkal dolgozik. Ezeket az interjú egyes szakaszaiban használja, és igen gondos és igényes képzéssel olyannyira tökéletesíti, amennyire csak jelenlegi ismereteink lehetővé teszik. Annál a nőbetegnél, aki maga gyújt rá, a szcenikus közlés jelentését már az interjú kezdetén megragadtuk, de az információ helyretétele és tökéletes megértése csak utóbb, a határhelyzet felléptekor más adatok segítségével sikerült. A többféle észlelési módot integráló

¹⁸ Vö.: J. Habermas: *Erkenntnis und Interesse*. Theorie 2. Suhrkamp, 1968

ún. határhelyzet bármikor és meglepetésszerűen felléphet. A különböző észlelési módok olyan folyamatokhoz kapcsolódnak, amelyek a pszichoterápiában kiemelkedő szerepet játszanak, és bár tárgyalásuk a pszichoanalízis területére tartozik, mégis legalább soroljuk fel őket: indulatáttétel, viszontáttétel, terápiás én-hasítás, empátia, elhárító mechanizmusok, átmeneti identifikáció és regresszió az én szolgáltatásban.

Idézzük fel még egyszer a mikroszkóp példáját! Nem elég pontosan ismerni az eszköz törvényszerűségeit ahhoz, hogy ugyanazt az anyagot finomabban differenciáljuk. Ezenkívül mind a kutatás, mind a praxis számára döntő az észleltek helyes megértésének képessége is. Nem mindig közvetít az erősebb optika pontosabb képet, hiszen ez a megfigyelési terület kisebbitésével és bizonyos körülmények között az áttekintés csökkenésével jár együtt. Általában az élesre beállított kép olyan jellegzetes, hogy a tapasztalt szakember a legkisebb részletből diagnosztizálni tud. De az sem ritka, hogy a kép nem egyértelmű, hogy makroszkopikus leleteket kell segítségül hívni az anyag egyértelmű azonosításához. Hasonlóan van a pszichoterápiában is. Ennélfogva a határhelyzetet erős nagyításként kell felfognunk.

Az összehasonlításból még további két fontos szempontot meríthetünk a határhelyzettel bánáshoz. Először is alulértékelik azt a kétségtelen, de gyakran szem elől tévesztett tényt, hogy a szakképzett értelmezéshez tudás és tapasztalat tartozik. Csak az képes az élesre állított részleteket helyesen interpretálni, aki már ismeri a nagy összefüggéseket, azokat új-

ra meg újra tanulmányozza, tud velük bánni és – mint mondtuk – ő sem mindig. Gyakran még a tapasztalt terapeuta is csak valaminek a részjelentését ismeri fel, de további adatokra van szüksége ahhoz, hogy korrekten elhelyezze a részletet a nagyobb összefüggésben, és így helyesen értelmezhesse. Az első magától értetődőnek hangzó szempont inkább figyelmeztetés, mivel a pszichoterápián kívül egyetlen más területen sem vétenek jóhiszeműen ilyen sokat azon elképzelés alapján, hogy saját tapasztalatok, jó adag egészséges emberismeret és egyéni intuíció alapján el lehet valamit érni, és közben semmibe lehet venni a szaktudást és a sokéves szakmai tapasztalatot. A második szempont vonatkozik a tulajdonképpeni témánkra.

Tisztán didaktikus okokból indultunk ki a beszélgetéshelyzetből, és értékeltük a vele összefüggésben lévő információs folyamatokat, de ezeknek – szabadjon így neveznem – csak fokális jelentőségük van. Ennek az optikának a segítségével állunk be bár nagyon differenciáltan, de mégis csak arra a meghatározott helyzetre korlátozva, olyan kontextusra, ami ebben az egyszeri helyzetben az adott terapeutával alakul ki. Tapasztalataink alapján tudjuk, hogy másik terapeutával teljesen másként alakulhat a beszélgetéshelyzet. Néha stimulusként elegendő ehhez egy ellenkező nemű terapeuta. Erre vonatkozóan gazdag tapasztalatokkal rendelkezünk, ugyanis nálunk majdnem mindegyik beteget két helyzetben vizsgálunk: interjúban és pszichológiai teszttel, majd ezekhez kapcsolódva közös megbeszélésen hasonlítjuk össze a két helyzetből származó információkat. K. Lickint¹⁹ nemrég

egy határos tanulmányban mutatott rá, hogy még ugyanaz a terapeuta is különböző elvárások alapján teljesen másfajta információkat kaphat. Az információk képnek ez az enyhe változatossága olyan, külsőleg egységes szerv hirtelen megnyilvánulásváltásának felel meg, amely saját működési rendszerrel bír. Ezek erős nagyítás alatt történő, izolált vizsgálata tévedésekre adhat okot, ha nem ismerjük az adott szervben a szerkezeti sajátosságokat.

Eddig vázolt interjúeljárásunkkal tehát nagyon pontos, de mégis kizárólag csak erre a helyzetre korlátozódó állítást nyerünk. A pontosság annak az eljárásnak köszönhető, amely során a beteg részvételével fokozatosan tisztázzuk az értelmi összefüggéseket (szubjektív adatok). Ennek a fokális diagnózisnak sok esetben annyira tipikus a szerkezete, hogy tapasztalt szakember az egész kórképet és annak potenciálját fel tudja tární. Más esetekben más eszközökkel kell folytatni a kórfolyamat tanulmányozását. E célra azokat az információkat használjuk, amelyeket részben az eddigi munkából vezettünk le, részben pótlólag kell megszereznünk (objektív adatok). Tudnunk kell, hogy a beszélgetés mely pillanatában kérdezhetünk rá adatokra, és mikor nem. Különbség van abban, hogy az interjú elején vagy azon kívül kérünk felvilágosítást a testvérekről és a beteg helyéről a testvérsorban, vagy – mint a sötét bőrű gyerek anyjáról szóló példánkban – egy bizonyos időpontban megerősítjük a feltételez-

¹⁹ K. Lickint: Der Empfang des Patienten und das Erstinterview in der psychiatrischen Klinik. *Der Nervenarzt* 39 (1968), 451. p.

sünket egy öcs létezéséről. Az első esetben *mi* kísérünk meg a dinamikus jelenettel összefüggésben értelmet adni az összegyűjtött információknak. Ilyenkor általános tapasztalataink vezetnek (a pszichoterapeuta adatértelmezése). Az ilyen eljárás során egy kissé visszafogottak vagyunk, mert minden adat eleve többértelmű. A második esetben olyan felvilágosítást nyerünk, amelynek jelentését *a beteg már megállapította és megerősítette* (a beteg adatértelmezése).

A határhelyzet megragadásán túl, a másodlagos feldolgozáshoz további információkra van szükségünk a beteggel együtt átélt helyzeten kívül. Némely intézetben ezeket másik személy kérdezi meg egy átgondoltan összeállított kérdéssor alapján. Érhető módon dühítő, ha ennél az utólagos, másodlagos, átfogó feldolgozásnál olyan fontos kérdésre bukkanunk, amire nem kaptunk választ, pl. hogy mi volt az apa foglalkozása.

Ennek megfelelően a szcenikus feldolgozáson (határhelyzeten) kívül gyűjtött adatok a beteg személyiségének teljesebb megértését, személyiségterülete sokrétűségének egyfajta rekonstrukcióját szolgálják. Az utólagos rekonstrukció kifejezetten a beszélgetéshelyzetben nem manifesztálódott személyiségrészleteket öleli fel. A beteg távollétében ezeknek az információknak az óvatos interpretációja egyedül a terapeuta vagy egy másik szakértő tudásán és klinikai tapasztalatán alapul, de a beteg szubjektív beállításában rejlő értelmezésen túl is felhasználható objektív magyarázatok rekonstrukciójára. Ez szakértelmet igényel, amivel azonban a beteg nem rendelkezik. Az anyag másodlagos feldolgozása

elengedhetetlen kutatási célból, a személyiségkonceptió felülvizsgálatához, valamint elméleti prognózishoz, és ennek a Hampstead Diagnostic Profil²⁰ mintaszerűen eleget tesz. Erre a célra aligha elégséges az az adatgyűjtés, amit épphogy meg tud valósítani a terapeuta a beszélgetéshelyzetben. Vagy ki kell bővítenünk a vizsgálati eljárást, vagy jól átgondolt szempontok alapján összeállított dokumentációt kell bevezetnünk. Egy napon magától értetődő lesz az optimális adatdokumentáció másik útja, a mindenütt feltartóztathatatlanul előretörő gépi adatfeldolgozás, és ez némiképp tehermentesíteni fogja a terapeutát betegével szövődő komplikált helyzetében.

Minél előbbre tart a tényszerű információ másodlagos feldolgozása, annál jobban eltávolodik a beteg egyéni képétől, a betegség személyiség-összetevőinek ideáltipikus konstrukcióját nyeri el, és kutatási célból más kórképekkel összehasonlíthatóvá válik. Emiatt tisztán klinikai szempontból fontos megtartani a kontaktust az interjújelenettel, vagy a rekonstrukciókat jelenetszerűre visszafordítani és eleven kapcsolati modellben elképzelni.

Ezeket a különböző kiértékelési technikákat nem kell értékük szerint összehasonlítani, hanem szigorúan az információforrás, a feldolgozás eszközei és a célra irányulás szerint kell megkülönböztetni őket. A beszélgetéshelyzetnek és kiértékelési lehetőségeinek erős hangsúlyozása megfelel a

²⁰ A. Freud: Assessment of Childhood Disturbances. *Psa. Study of the Child* 17. (1963), 149. p.

pszichoterápiás gyakorlat rutinjának, és olyan, korántsem kimerített információforrást tár fel, ami a természettudományos gondolkodás számára a legnagyobb nehézségeket okozza. Az objektív adatok pszichológiai interpretációja az irodalomból igen ismerős eljárás. Az első interjúban tehát a határhelyzet a vízváltó: itt dől el, hogy melyik információforrásig akarunk és tudunk eljutni, és hogy a szándékunk az interjúval tisztán diagnosztikus, terápiás, krízisterápiás vagy tudományos-kutató legyen. Az első interjú fenti aspektusai intenzívebbé tehetők a modern televíziós rögzítés segítségével. H. E. Richter²¹ szisztematikusan dolgozta ki ezt az eljárást, és újfajta interjútypust hozott létre, mégpedig a „tanító”, illetve „tanuló” interjút.

²¹ H. E. Richter: Fernsehübertragung psychoanalytischer Interviews. *Psyche*, XXI. (1967), 324. p.

A DIAGNOSZTIKUS INTERJÚ

*A pszichoanalitikus lelet*²² címmel egy kis tanulmányban közöltem egy határhelyzet anyagát, ami a következőkben válaszolható: A beteget egy intézet küldte, felesége kíséretében jelent meg, aki türelmesen várta férje visszatérését az interjúból. Ott ült előttem zömök alkatával, komoran tépelődve, izzadva, kidolgozott kézzel, és hallgatott, mintegy időt hagyott, hogy nyugodtan megszemléljem, és megjelenésével is hasson rám. Kis idő múltán egy „szcenikus információval” kezdte a beszélgetést. Egyértelműen felismerhetővé tette szándékát, hogy hitelt érdemlően bemutassa betegségét. „Rögtön elájulok, ha Ön cigarettára gyújt.” Ugyanakkor nekikészülődött, hogy legutóbbi rohama óta magán viselt kék feltjait megmutassa.

Tudatosan biztosan nagyon kínos lehetett a betegnek, hogy – mint már annyiszor – egy olyan orvossal áll szemben, aki esetleg nem hiszi el neki a betegségét. Ezenkívül olyasmit kívánhatnak tőle, amit betegsége miatt talán nem tud teljesíteni. Nyilvánvalóan e miatt a kilátástalanság miatt dült benne düh és kétségbeesés.

Ha ezt a folyamatot a „szokatlan helyzetre” beállított op-

²² H. Argelander: Der psychoanalytische Befund. *Psyche*, XXII. (1968), 748 p.

tikával szemléljük, úgy közlése tudattalan fenyegetés jellegét őrli magára: Ne merészeljen cigarettára gyújtani!

Az intelleum dinamikus mozzanata látenszen fenyegető agresszivitást kölcsönöz a betegnek, amit komor, tépelődő magatartása még inkább kiemel, mintha belső erőszakos impulzusok ellen küzdene. Közben azonban tudatosan úgy mutatja be magát, mint betegsége, illetve egy másik személy gondatlan kezelésének áldozatát. Ennek a szcenikus nyitánynak a szubjektív jelentése a jó fülű hallgató számára csak a további beszélgetés során, az életrajzi adatokkal válik beláthatóvá. Amikor fiatalabb testvére haláláról kérdezem, a beteg anyja elbeszéléséből arra emlékszik, hogy a legkisebb testvére megfulladt a bölcsőben, mert a bátyja meggyújtotta a szobában a szalmát, és amint meglátta a tüzet és a füstöt, rémülten kirohant. Tehát a kistestvér a báty veszélyes és meggondolatlan cselekedetének vált áldozatává. A közelebbi körülmények ahhoz hasonlítottak, amit a beteg az interjú szcenikus mozzanatában nem tudatosan jelzett: „Ha cigarettára gyújt, elájulok!” Akkor válik érthetővé a jelenet második, informatív alkotórészének jelentése, azaz a kék foltok megmutatása, amikor a beteg felindultan mondja, hogy apja gyakran, indulatosan megverte, és emiatt mindig kék foltokkal kellett járkálnia. Betegsége szubjektív értelmezésének szcenikus információja így hangzik: „Én a bátyám és az apám veszélyes, meggondolatlan és indulatos impulzusainak az áldozata vagyok. A közlésem igazságáról saját szemével is meggyőződhet.”

Ugyancsak az életrajzi adatokból erősíthető meg a hely-

zet feltételezett, látenszen agresszív, dinamikus eleme: a terapeutával szembeni fenyegető gesztus. Ez arra az intrapszichés konfliktusra utal, hogy meg kell küzdenie saját erőszakos impulzusaival (identifikáció az apjával és a bátyjával). Az ájulási rohamok a beteget foglalkozása – tömegközlekedési eszköz sofőrje – feladására kényszerítették, miután önhibáján kívül megölt egy másik, közlekedésben részt vevő személyt. Ez a „meggondolatlan” erőszakos cselekedet tettesként bélyegezte meg (és nem áldozatként), következésképpen immár azoknak a sorsában kell osztoznia, akiket ő maga tudattalanul az erőszak külső reprezentánsaiként említett meg. A beteget éppúgy, mint apját és bátyját, betegsége miatt idő előtt nyugdíjazták.

A páciens betegségét, amire az orvosok soha nem tudtak ésszerű okot találni, aktuális intrapszichés konfliktus kifejezéseként tárjuk fel. Ez kizárólag a szcenikus információ segítségével történik, ami elárulja nekünk a betegség szubjektív értelmét. Most már megérthetjük, hogy milyen félelmet kelthetett benne az a követelmény, hogy térjen vissza a szakmájához. Ez a sajátos félelem uralkodott az egész interjú alatt.

A diagnosztikus interjúban általában csupán az első lépés az, hogy a tünetek értelemszerű összefüggéseit a háttérükben meghúzódó konfliktusokkal magyarázzuk, hiszen az indikáció felállításához és a prognózishoz többet kell tudnunk arról, hogy milyen személyiségstruktúrába ágyazódik ez a kóresemény, milyen képességekkel rendelkezik a beteg, és a kezelés során milyen struktúrára jellemző nehézségekkel és

ellenállással kell számolnunk. A beteg személyiségstruktúrájának diagnosztizálásához emiatt egy második munkafolyamattal tökéletesítjük a tünetekkel összekapcsolódó jelenet megértését. A szerkezeti diagnózis részletes kifejtése fogalmi nehézségeket vet fel, és széleskörű elméleti vitát tesz szükségessé az alapelvekről. Így hát példánk lezárásához csak utalásokra szorítkozom.

Betegünk tudatosan jó embernek tartja magát, és sok példát tud felhozni arra, hogy szándékosan soha sem tett semmi rosszat. Fiatalemberként mint muzsikuskódorgó, másoknak húzta a talpalávalót, de ha ivott, utána rögtön hazatért, és sohasem randalírozott. Vele ellentétben apja kifejezetten hirtelen haragú és fegyelmeztelen ember volt, míg anyja barátságos asszony lehetett. Nyilvánvaló, hogy a beteg már korán a jó anyával azonosult, és passzív beállítottságának megfelelően csakis a rossz apa áldozatának tartotta magát, és igyekezett kitérni előle. Ebből az eddig még nem értékelt információból kikerekíthetjük a beteg személyiségképét az aktuális konfliktusokon túl, és megítélhetjük a struktúrára jellemző szempontokat. Ezenkívül az életrajzból az is kiolvasható, hogy a beteg szigorú lelkiismereti követelményekkel korlátozza életét, és súlyos tudattalan büntudattól szenved „állítólagos gyilkossága” miatt. Képzletvilágát a praktikus hétköznapi események töltik ki. Beszélgetőpartnerként tompa és belátás nélküli, és minden elől, ami megérinthetné, szorongva tér ki, bár a tudattalanul kialakított jelenetben meglepően láttatni tudja konfliktusát. Az én szcenikus funkciójának ez a teljesítménye szemmel látható-

an a korán kialakult, közlésre szolgáló szerveződéshez tartozik, és megőrződik a kevésbé differenciált személyiségben is. Némely vonatkozásban a beteg szinte önfejlően ragaszkodik sajátos elképzeléseihez, és nem lehet reflexiókat kiváltani belőle. Passzív visszavonulásra való hajlama kerekedik felül. Emiatt lehetetlenség együtt dolgozni vele egy problémán úgy, hogy némi belátásra jusson. Igazán készségesen megígérte, hogy eljön egy második beszélgetésre, de az interjú után eltűnt egy kórházban, és többé nem hallatott magáról. Szenvedése nyomása ellenére – érthető okokból – egyáltalán nem volt motivált a kezelésre, és az interjúra is csak egy intézmény unszolására jött el.

Itt megszakítom ennek a sajátos esetnek a tárgyalását, és áttérek a diagnosztikus interjú általánosabb problémáira. Tekintettel a lehetséges hatásokra, a beteget annyiban vonjuk be a beszélgetésbe, amennyire a diagnózis, az indikáció és a prognózis felállítása szempontjából okvetlenül szükséges. Emiatt a diagnosztikus interjúnak – egy ismert Freud-ídézetet módosítva – a legkisebb energiamennyiséggel végzett próbacselekvésnek kell maradnia. Ez különösen akkor megszívlelendő, ha még nem tudjuk, hogy végül is kezelésbe vehetjük-e a beteget.

A diagnosztikus tisztaság igényével még egyáltalán nem merül ki a diagnosztikus beszélgetés feladata. A betegeknek még a legjobb diagnosztikus felismerések sem használnak, ha nem követi őket olyan konkrét kezelési javaslat, amely tekintettel van külső és belső realitásukra. Fontos, hogy a betegek motiváltak és előkészítettek legyenek a kezelésre, hi-

szen helyesen értelmezett együttműködési készségük nélkül kérdéses a prognózis, különösen azoknál, akik esetében elképzelhetetlen, hogy egy másik kollégához irányítsuk át. Másutt már kifejtettem, hogy milyen speciális ellenállások akadályozhatják meg mind a diagnosztikus felismerést, mind a kezelésre való készség mobilizálását. Itt arra a számtalan tehetetlen betegre gondolok, akiket ilyen ellenállás tartott sakkban, a terapeutát kimerítették, és külsőleg azt a benyomást keltették, hogy nem érdekeltek a beszélgetésben. A terapeutának legalább annyit kell foglalkoznia ezekkel az ellenállási jelenségekkel, hogy fel tudja becsleni nagyságrendjüket az esetleges kezelés során, és hogy azt is képes legyen kideríteni, vajon háttérükben a személyiségterületek eléggé elevenek-e ahhoz, hogy a terápiás erőfeszítés hasznosnak tűnhessen.

A diagnosztikus interjú e második szakasza inkább pszichoterápiás jellegű, jóllehet kizárólag kezelésre való felkészítést értünk rajta. J. V. Coleman²³ sikraszállt azért, hogy „a kezelést úgy ajánljuk fel, hogy inkább demonstráljuk, semmint magyarázzuk, és adjunk alkalmat a betegnek arra, hogy legalább egyszer tapasztaljon egy ilyen kezelést.” Beszélgetésvezetésünk stílusa és ne kényszerítésünk vagy rábeszélésünk motiválja a beteget, hogy maga hozza meg a fontos döntést a kezelés mellett. Adott esetben elegendő játékeret

²³ J. V. Coleman: The Initial Phase of Psychotherapy. *Bull. Meninger Clinic* 13/14 (1949–50), 195. p.

hagyunk neki a mérlegelésre, felajánlunk egy újabb beszélgetést, a betegre bízva, hogy mikor kezdeményezi.

A diagnosztikus interjú két szakaszra bontásának didaktikus okai vannak, ezek jelzik a feladat súlypontjait. Valójában a két célkitűzés a beszélgetés elejétől kezdve egybefolyik. Az itt ajánlott technikában már a bevezető történések tartalmazzzák mindkét elemet, azaz a diagnosztikus érthetőség keresését és próbatapasztalatként a beteg óvatosan adagolt részvételét a megismerési folyamatban. Ezzel kerülhetjük el azt a praxisban gyakran megfigyelhető hibát, hogy a terapeuta ugyan jó diagnosztikus munkát végzett, de aztán nem tudja igazán, hogy mit javasoljon a betegnek. Gyakran még azt sem deríti ki, hogy a beteg érdekelt-e a kezelésben. A Sigmund Freud Intézet kivizsgálási menetébe e célból utólagos megbeszélést illesztettünk be, ennek során az elmulasztottakat pótolni lehet, és – amennyiben szükséges – még egyszer alkalom nyílik arra, hogy próbafázisban vessük fel kezelési javaslatunkat, illetve derítsük ki a kezelésre való készenlétet. Ennek a beszélgetésrésznek a technikája arra irányul, hogy az interjúban nyert ismereteket a speciális feladatokra alkalmazzuk, és adott esetben ebből az anyagból vett értelmezésekkel pótoljuk az igazi ellenállással folytatott munka egy részét. Az első interjúban vagy a második beszélgetésben végzett előkészítő munkát nem szabad összetéveszteni a valódi kezelés előzetes megbeszélésével, amelyben szerződésesen rögzítjük a pszichoterápiás eljárás „játékszabályait”. Az előzetes megbeszélést a tényleges kezelő számára kell fenntartani. Ha maga az első interjút készítő kezelő

majd a beteget, természetesen szabadon dönt, hogy mikor fejezi be az előkészítő szakaszt, hogy aztán azonnal vagy egy későbbi időpontban tárgyilagosan, terápiás attitűd nélkül beszélje meg a kilátásba helyezett kezelés szabályait, és ezeket megértesse a beteggel. Az előzetes megbeszélés a kezelés része, és nincs eleve köze az első interjú témájához. Egyes szerzők nem elég élesen különítik el fogalmilag ezt a két eljárást.

A TERÁPIÁS INTERJÚ

A „terápiás” jelző egyes beszélgetések esetében meghatározott terápiás feladat céltételezésének megjelölésére szolgál. A terápiás cél semmiképp sem akarja azt a hamis igényt kelteni, hogy önálló pszichoterápiás eljárással szolgálna. Láttuk, hogy adott esetben már a kezelésre való készenlét kialakítása rövid átmenetet képez az ellenálláson való pszichoterápiás munkához, még akkor is, ha ezen csak a kilátásba helyezett kezelés előkészítését értjük. Szinte még fontosabb törekvés az, hogy az olyan betegeket, akik eleve nem kérnek kezelést, vagy rögtön alkalmatlannak bizonyulnak, átállítsuk valamilyen korlátozott terápiás célkitűzésre, mint az, hogy terápiára alkalmas betegre találjunk. Az előző betegtípus esetében a beszélgetés gyorsabban változik át tanácskozássá, miközben a diagnosztikus igény háttérbe szorul. Tipikus példát írtam erről a *Beszélgetéstartalom alakja* című fejezetben. Tekintettel a beteg megváltoztathatlan élethelyzetére, életkorára és távoli lakhelyére, aligha lehetett szó kezelésről. Ennek az egyszeri tanácsadásnak a feladata a beszélgetés során rajzolódott ki, amikor a beteg értésemre adta, hogy múltja miatt érzi magát nyugtalannak, és sejteni engedte el-tökéltségét, hogy krónikus betegsége miatt belső feszültséget álljon ki. Ez az igény szinte megrendítő volt, tekintettel arra, hogy abszolút lehetetlen volt életét döntően megváltoztatni.

Arra azonban mégis eléggé megalapozott kiinduló alapot látszott nyújtani, hogy múltja nyugtalanító konfliktusait közösen megbeszélhessük, és ennek révén sorsával valamelyest megbékélhessen, illetve hogy segítsek abban, hogy életét jobban élvezhesse. Egy ilyen szerény cél konstruktív értelmet ad a beszélgetésnek, és nyitva hagyja a lehetőséget arra, hogy – ha szükséges – ezt az egyszeri terápiás kapcsolatot lazán kezelt beszélgetéssorozattal folytassuk. Ezzel a javaslat-tal búcsúztam el tőle, ő azonban soha nem tért vissza ajánlatomra. Vele ellentétben az a nőbeteg, aki „gondoskodott magáról” (A beszélgetéshelyzet dinamikája című fejezetben), igénybe vette ugyanezt a javaslatot, és néhány hónapos kihagyásokkal több beszélgetésre is eljött. Tudattalanul jól motiváltan tőlem kérte azt a „táplálékot”, amiről hónapokon át maga gondoskodott. E néhány beszélgetés eredménye meglepő volt: a beteg házassága tökéletesen újjáalakult, és így olyan boldognak érezte magát, amit már nem is tartott lehetségesnek. Technikám egyáltalán nem azt szolgálta, hogy kérdéssé tegyem „önmagáról való gondoskodásának” képességét, sokkal inkább építettem erre a képességére, mert tudtam, hogy a beteg jövőbeli, beláthatatlan élethelyzeteiben még rászorulhat erre. A határhelyzet tematikája annyira fellazította ezt a „mindenáron való önellátási sztereotípiát”, hogy a beteg azokra a helyzetekre tartalékolhatta, amelyekben ennek igazán helye volt. Így sokkal önfeledtebben adta át magát a házasságának, mint korábbi, nem tudatosan táplált bizalmatlansága idején.

A határhelyzet szubjektív, objektív és szituatív források-

ból származó információi aktuális felszíni struktúrát képeznek az éppen adott beszélgetésszakasz számára. Az élesre állított információalakzat vagy kiindulási alap az adott személyiség diagnosztizálásához vagy a terápiás tanácsadás számára képez kiindulási alapot. Ez utóbbi esetben a terapeuta művészete azon méretik meg, hogy egészében véve kezeli, mégsem lépi túl e struktúra által kijelölt határokat. A határhelyzet gyakran banálisan hangzó megfogalmazása nem ámíthatja el azzal, hogy milyen specifikus, adott esetben ki-robbanó hatás követheti. Egy Bálint Mihály körüli munkacsoport Londonban²⁴ hasonló felfogást követve olyan rövidterápiát fejlesztett ki, amelyik csekély óraszámában kizárólag egy, az interjúalany által meghatározott „fokális” konfliktust dolgoz fel, és lehetőleg nem tér el attól. E kutatócsoport eredményei hangsúlyozzák az első vizsgálat nagy jelentőségét, hiszen rövidterápiájuk elve egyedül ennek a felismerésén alapul. Amellett, hogy fel kell mérni a beteg alkalmasságának feltételeit az ilyen kezelésre, a rövidterápia azon múlik, hogy megtalálják-e a „fókusz” szerencsés és egyszerűsmind gyakorlatiasan kezelhető megfogalmazását, ami e rövid beszélgetésszakasz hordozójává válik. Nem ringathatjuk magunkat abban a hamis elképzelésben, hogy így egyszerűen és könnyedén lefektettük a rövidterápia gyakorlati technikáját. Mégis olyan meggyőző ez az elvük, hogy Németországban elősegítette a pszichoterápiával kapcsolatos a bizto-

²⁴ D. H. Malan: *Egyéni dinamikus pszichoterápia*. Mérei Ferenc Mentálhigiénés Szolgálat, Budapest, 1989

sítási irányelvek létrejöttét.^{25, 26} Ez az elv teljesen levezethető az első interjúról vallott felfogásunkból. Talán akkor lesz ennek a terápiás formának jövője, ha messzemenően jó kritériumok alapján és pszichoterápiás tudással vezetik be.

Ezek szerint a tanácsadás feladata a beszélgetés folyamatából adódik, és gyors reakcióképességet, világos áttekintést és ítélőképességet igényel. A terapeuta kizárólag magára hagyatkozhat. Ezzel szemben a fent leírt rövidterápiába általában a terapeuta egy csoportja kapcsolódik be, akik a „fókusz” megcélózva beszélnek meg az anyagot, ellenőrzik használhatóságát, majd prognosztizálnak. A kollégák a heti megbeszéléseken követhetik, kontrollálhatják a kezelőt munkájában, és tanácsokkal láthatják el, valamint segítségére lehetnek a rövid kezelési folyamat megértésében. A fókuszterápiát a rövid és áttekinthető kezelési terep világos, didaktikus felépítése különösen alkalmassá teszi képzési célokra.

A terápiás tanácsadásnál jóval megterhelőbb a krízisinterjú, hiszen ennek során a terapeuta erős nyomás alatt dolgozik, és igen nagy felelősséget kell teljesen egyedül vállalnia. A legrövidebb idő alatt kell a diagnózist megfontolnia, és belőle a megfelelő kezelést kialakítania. Legkiváltképp abban különbözik az összes többi beszélgetéshelyzettől,

²⁵ W. Loch: Über theoretische Voraussetzungen einer psychoanalytischen Kurztherapie. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, IV. H. Huber, Bern und Stuttgart, 1967

²⁶ E. Mahler: Zur Frage der Behandlungstechnik bei psychoanalytischer Kurztherapie. *Psyche*, XXII. (1968), 823. p.

hogy a beteg akut szenvedés nyomására jelenik meg, és nem védik, nem biztosítják az egyébként szokásos lelki védekezési mechanizmusok. Ebből bizonyos lehetőségek is adódnak, ugyanakkor azonban nem lebecsülhető rizikója is van. Ilyen esetet vázoltam *A beszélgetéshelyzet hatásai* című fejezetben. A krízisterápia olyan személyi és pénzügyi lehetőségeket igényel, amilyenekkel mi nem rendelkezünk, így aztán ezzel az interjúformával csak szórványos tapasztalatokra tehetünk szert. Amerikában több évvel ezelőtt egy ilyenfajta kutatást végeztek, és eredményeiket könyvben rögzítették.²⁷ Jóllehet a személyi ráfordítás a mi viszonyainkhoz képest nagyon jelentékeny volt, mégis korlátozni kellett a kutatást, mert a pszichoterapeuta állandó jelenléte éjjel-nappal olyan igényeket támaszt, amiket normál körülmények közt az intézet tartósan nem képes kielégíteni. Minden nehézség ellenére a krízisinterjú technikája továbbra is égetően aktuális érték, mert mindenütt igénylik, ahol segítőkész emberek készek telefonügyeletben és más intézményekben állandóan elérhető készütségben segítséget nyújtani. Természetesen a beszélgetés technikája mellett a krízisinterjúban más segítő eljárások is nagy szerepet játszanak, így gyógyszerek, kórházi kezelésbe vétel és a szociális gondozóhálózat bekapcsolása.

²⁷ L. Bellak és L. Small: *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*. Grune and Stratton, New York, 1965

A KÉPZÉS PROBLÉMÁJA

Az első interjú technikájának elsajátítása az általános pszichoterápiás képzés magától értetődő, bár gyakran elhanyagolt összetevője. A pszichoterapeuta rendszerint csak gyakorlati tapasztalatai gyarapításával tökéletesítheti beszélgetéstechnikáját. A fiatal pszichoterapeuta gyakran sokáig csak azt a beteget veszi egyéni kezelésbe, akit egy idősebb kolléga választott ki számára. Így elmarad a későbbi terápiás folyamatban közvetlenül érintett személyek fontos előpróbája, és ezzel együtt emelkedik a félbeszakadt vagy a nem kielégítő kimenetelű kezelések százaléka.

Állandó interjúmegbeszélést szerveztünk, hogy felélesszük a pszichoterápia ezen elhanyagolt mostohagyerekeit. Ezen jegyzőkönyvek és szóbeli beszámolók alapján megvitatjuk a beteg személyiségstruktúráját speciális konfliktusaival, elhárítási struktúrájával együtt és a prognosztizálható fejlődést a kezelési folyamat feltételei között. Ez az együttes munka a diagnosztikus problémák terén jelentékenyen felerősítette a tudatosságot, és a képzés kedvelt súlypontjának bizonyult. Ezzel szemben nem határozható meg bizonyosan, hogy ez az első interjúval való foglalkozás milyen jelentékenyen befolyásolja az egyéni beszélgetéstechnikát.

Emiatt áttértünk a „tanulmányi interjúk” detektívtükör mögötti levezetésére. Amerikában már régóta végeznek elő-

munkákat ezzel a még vitatott eljárással²⁸. Időközben H. E. Richter²⁹ összegyűjtötte a televíziós interjúval szerzett tapasztalatait és publikálta is őket. Különösen az információnyereségre, a diagnosztikatanítás lehetőségére és az interjútechnika számára nyújtott oktatási segítségre mutat rá. Csoportja munkájából kiolvasható, hogy milyen kutatási programok valósíthatók meg a módszer iránt mutatkozó érdeklődés és a specifikus intézmények alapján. Speciális érdeklődésünk, a szcenikus információk észlelése, tudatlan tartalmuk feldolgozása és beillesztése a beteg személyiségstruktúrájába a tükör mögötti megfigyeléssel evidens lett, mivel a szcenikus jelenséget több személy közvetlen és folyamatos megfigyelése alatt kontrollálhattuk.

Legnagyobb meglepetésünkre a főként empátiásan dolgozó szakembereknél két észlelési folyamatot tudtunk élesen elkülöníteni egymástól. Egy alkalommal tükör mögötti megfigyelőként az a benyomásunk támadt, hogy egy ilyen terapeuta képes volt dinamikus folyamatában megragadni a bonyolult személyiségzavart, és próbaértelmezést is kínált a betegének. Úgy hittük, hogy pontosan meg tudjuk figyelni, hogyan rajzolódik ki mind élesebben a specifikus zavar képe, mert a terapeuta megfogalmazásai feltűnően éleslátóak voltak. A beteg ezekre a közlésekre számunkra is látható érzelmi megnyilvánulással reagált. Az interjú után, amikor a mi

²⁸ M. Gill, R. Newman, F. C. Redlich: *The Initial Interview in Psychiatric practice*. New York, Int. Univ. Press, 1954

²⁹ H. E. Richter: *Fernsehübertragung psychoanalytischer Interviews*. *Psyche*, XXI. (1967), 324. p.

megfigyeléseink még nem befolyásolták, a kolléga beszámolt személyes felismeréseiről. Ekkor legnagyobb megdöbbenésünkre azt tapasztaltuk, hogy teljesen más képet vázol a betegről, mint amit a terapeuta és a beteg közti együttes alakzatban mi átélni véltünk. A terapeuta a beszélgetés anyagából vett konkrét részletekkel támasztotta alá érvelését, és ezzel értésünkre adta, hogy megnyilvánulásai többségét a beteg közlése szerinti környezeti élményegyüttesekről fogalmazta meg. Amikor aztán figyelmét a közvetlen szcenikus adottságok felé fordítottuk, egyes megfogalmazásait visszajátszottuk a hangszalagról, és konfrontáltuk a tudatelőttés szinten a betegre hangolt beszédével, akkor mint-ha hályog esett volna le a szeméről.

A terapeuta empátiás szinten olyan pontosan észlelte a beteg tudattalan személyiségképét, és tudatelőttés szinten olyannyira feldolgozta, hogy a szalagról a beszélgetés világos alakzatát olvashattuk le. Tudatosan ugyanezeket az információkat a rendelkezésére álló tudás alapján egészen más személyiségképpé állította össze. Így hatásosan beigazolódtott az a régi tapasztalatunk, hogy a terapeuta mindig többet tud betegéről, mint amennyit megmutatni képes. Természetesen nem tudjuk, hogy nézett volna ki a végleges jegyzőkönyv a mi beavatkozásunk nélkül. Feltételezhető azonban, hogy az általunk megfigyelt tudatelőttés megismerési folyamat részei a másodlagos feldolgozás során kisebb-nagyobb mértékben befolyásolták volna a végső, kielégítő megítélést.

Ennek az előzetes megfigyelésnek, amely fedi a pszichoanalitikus észlelési tanítást is, komoly következményei van-

nak a képzési technika számára. Sokkal nagyobb mértékben kell törődnünk a tudatelőttés empátiás észlelési instrumentum ápolásával és képzésével, és meg kell alapoznunk lassú integrációját az elméletileg nyert tudásba.

Terapeutánk tudatosan a beteg információi felé irányította észlelését, és ezt képzettségi szintjének megfelelően saját tudássá dolgozta fel. A megfigyelők nemcsak az objektív információkat látták, hanem a kölcsönös beszélgetésben kialakuló alakzatra is koncentráltak, ami az egyre inkább „privát” jelleget öltő nyelvben is kifejeződött, és csak az adott információk szubjektív jelentésének megértése után kapott szabad utat. A terapeuta kezdetben nem ismerte fel, hogy megfogalmazásában mennyire együtt rezgett ezzel a beszédalakzattal, hiszen nem arra figyelt, hogy ő maga mit mond. Az elmulasztott észlelést a magnófelvétel segítségével könnyen pótolhattuk, és a terapeutának demonstrálhattuk a gondolkodása és szóbeli megfogalmazása közötti különbséget.

A beteg tudattalan személyiségének megértéséhez a terapeutának szüksége van arra, hogy saját tudatelőttés észlelései és gondolkodási folyamatai hozzáférhetővé legyenek. Ezekkel azonban csak akkor rendelkezhet, ha tudatosan is megragadja őket. *Az átfogó megértés titka az első interjúban: a terapeuta személyiségének részvétele az észlelési folyamatban.* Az aktívan bekapcsolt észlelési funkció egy radarernyőhöz hasonlóan forog, információkat fog fel az objektív adatokból, a beteg külleméből és viselkedéséből, saját érzelmi beállítottságából, az azt követő reakciókból és végül saját megfogalmazásai megfigyeléséből, amely utóbbiak tudat-

előttes gondolkodási folyamatokból származnak. A különböző észlelési területek integrációja számára jó kontroll az „összhang”, amelyben az egymásra következő beszélgetésrészek precizitása tükröződik. Csak a beszédben megfogalmazott tartalom szolgál kiindulási anyagnak a másodlagos feldolgozáshoz, hiszen ez sűrítmenyként tartalmazza a beteg személyiségének tudattalan dimenzióját. A tudattalan személyiség és konfliktusai rekonstrukciója az adatokból kizárólag a tudás segítségével többértelmű, spekulatív, és tévedésekhez vezethet, amint példánkban közösen tapasztalhattunk.

Visszatérünk a könyv elején említett beszélgetésrészlethez. Azt mondtuk, hogy a „szokatlan beszélgetéshelyzet” azért jön létre, mert egy objektíve látszólag értelmetlen közlés a helyzetre vonatkoztatva váratlan értelmet nyert. A terapeutától nemcsak a beteg beszédének megértését várjuk el, hanem megkívánjuk, hogy ebben a beszéd tartalmában rekonstruálni tudja a beteg specifikus személyiségét is. A terapeuta nemcsak azt kell megértse, amit a beteg mond, hanem azt is meg kell ítélnie, hogy ki az a személyiség, aki ilyesmit mond. Megpróbálunk a beteggel a beszéde révén azonosulni, amit a beszélgetésben átveszünk tőle, és aztán magunkat halljuk: „Őn elvesztette ezt az egyszer már tudott összefüggést, és én megőriztem önnek.” Megpróbálunk képet formálni arról, hogy milyen lehet az, aki nem ismeri fel saját közléseit, hanem arra van utalva, hogy másvalakitől kapja vissza. Ekkor azt érezzük, hogy valószínűleg olyan emberről van szó, aki képtelen saját kontinuitását fenntartani, és nincs meg a spontán képessége arra, hogy felismerje, ami az övé.

UTÓSZÓ

A PSZICHOTERÁPIÁS FOLYAMAT INDULÁSA

Magyarországon a pszichoterápia a hetvenes években kezdett fellendülni. Ebben nagy szerepe volt annak a néhány embernek, aki – túlélve a háborút és a vészkorszakot, dacolva a kommunista korszak ideológiai kritikáival és tilalmaival – pszichoanalitikus maradt vagy lett. Az ő hatásukra vált a lélekelemzés szelleme irányadóvá a pszichoterápiában, más módszereket és irányzatokat is ösztönözve. Ők leginkább Freud eredeti művei és a német nyelvű szakirodalom alapján tájékozódtak. Sokukhoz eljutott a háború után indult, máig is nagyon befolyásos analitikus szaklap, a *Psyche* (*Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*). Ennek közleményeire nagyon figyeltek, és a fiatalabbaknak is továbbadták őket. Emlékszem, így találkoztam először Argelander 1967-ben megjelent terjedelmes (három számban, három részletben közzétett) tanulmányával (*Das Erstinterview in der Psychotherapie*¹), amelyből – aránylag kevés kiegészítéssel – ez a kötet született.

Már akkor lehetett tudni, hogy Argelander írása nagyon fontos munka, egyfajta klasszikus mű, amelyet sokat használnak és idéznek majd.

¹ *Psyche*, 1967, 21. 341–368, 429–467, 473–512

Így is lett, elsősorban az 1970-ben kiadott (és azóta hat kiadást megért) kis kötet formájában terjedt el. Számos fordításban kiadták, emlékezetem szerint kéziratos fordításban – talán részleteiben – itthon is használták a szöveget a pszichoterápiás képzésben. De eddig még hivatalosan nem jelent meg, a hazai könyvkiadás ugyanis máig is törleszti a viharos évtizedekben keletkezett adósságát, a pszichoanalízis alapműveinek magyar nyelvű publikálását (a Freud-életmű sorozat is éppen mostanában fejeződött be,² de a teljes kiadás, mint amilyen a *Gesammelte Werke* Imago-kiadása³ vagy a későbbi *Studienausgabe*,⁴ nem is beszélve a rendkívül igényes angol változatról, amelyet csak Standard Editionnek emlegetünk,⁵ még a látókörben sincs), így erre a kötetre valahogy nem irányult figyelem. Pedig kellene fordítás, mert közben a pszichoanalitikus irodalom terén is az angol nyelv vált uralkodóvá, a fiatal szakemberek németül már alig olvasnak.

Az eltelt évtizedekben az első találkozás, az első interjú kérdéséről is nagyon sok új vizsgálat és közlemény keletkezett, amely magába építette Argelander gondolatait és sok-

² A köteteket tematikus elrendezésben a Cserépfalvi és a Filum kiadók adják közre.

³ Sigmund Freud: *Gesammelte Werke*. Chronologisch geordnet. Bd. I–XVII. + Ergänzungsband, Imago Publ. Co. London

⁴ S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1969–1975, 10 kötet + Ergänzungsband und Konkordanz, Hrsg. von Alexander Mitscherlich, Angela Richards, James Strachey

⁵ James Strachey (ed.): *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Hogarth, London, 1953–1973

ban túlhaladta őket. Argelander azonban nem évült el, ugyanis a pszichoterápia ismeretanyaga szemléleti, konceptuális, rendszerösszefüggésekből álló, nem írható le egyszerűen szabályokban és adatokban, mint ahogyan a fejlettebb tudományok egyes stádiumai tankönyvekben vagy összefoglaló (ún. state-of-the-art jellegű) tanulmányokban összefoglalhatók. Legalábbis nem írhatók le kellő plaszticitással és azonnal érthető módon. Mint Freud a betegek problémáinak megértését illetően azt javasolja, hogy ún. *genetikus* szempontból⁶ kell vizsgálni őket, vagyis genezisükben, keletkezésükben, (élet)történetiségükben a (a kifejezés tehát nem a ma annyira divatos genetikára, hanem a görög szó eredeti jelentésére utal), hasonlóképpen az elméletek és módszertanok a pszichoanalízisben és a pszichoterápiában ugyancsak fejlődéstörténetileg sajátíthatók el és rekonstruálhatók leginkább. Vagyis a régebbi munkákat is célszerű elolvasni. Fontos az a folyamat, ahogyan egyes összefüggések a szakmai érdeklődés fénykörébe kerültek. Így Argelander írását is a maga korában és tudományos kontextusában érdemes és lehet igazán megismerni.

A pszichoanalízis német reneszánsza és kibontakozása (a Német Szövetségi Köztársaság, Ausztria és Svájc területén, mert az NDK-ban hozzánk hasonlóan nem fogadták be az irányzatot) az ötvenes és a hatvanas években ment végbe,

⁶ Freud elméleti modelljeiről és ezen belül a genetikus nézőpontról, ill. szemléletről: David Rapaport: *The Structure of Psychoanalytic Theory. A Systematizing Attempt*. International Universities Press, New York, 1960

közvetlenül a nagyon pozitív amerikai és brit recepció után. Ekkor a terápiát a megbiztosítás is elismerte és fizette, ám mindenkinek gondot okozott az analitikus kezelés hosszú időtartama, egyszerűen szólva, lassúsága. Eleinte hetente 3-5 alkalommal, éveken át tartott a pszichoanalízis. Az intenzívebb és gyorsabb gyakorlat érdekében sok kutató fáradozott, sok analitikus próbálkozás is volt, de az új módszerek, irányzatok is jelentős részben ilyen motivációk miatt indultak el (pl. a csoportos pszichoterápiákban tényező volt, hogy sok a kezelést igénylő beteg, kevés a szakember, az egyéni terápia kis hatókörű, a csoport a terápiás idő sűrítését is lehetővé tette).

Így kezdtek foglalkozni a terápia kezdetének kérdésével. Az első találkozással. Az első pszichoterápiás *interjúval*, vagyis azzal a beszélgetéssel, amely már a pszichoterápiás folyamat eleje (vagyis más, mint a vizsgálat, a konzultáció, a szakvélemény nyérése, a diagnózis vagy a terápiás tervezés, tehát mindaz, ami az orvosi vagy a klinikumban alkalmazott pszichológiai gyakorlatban szokásos). Az érdeklődésben szerepet játszott, hogy kiderült, már ekkor aktivitásra, határozott lépésekre van szükség a terapeuta részéről, a folyamat nem bízható annyira önmagára és a munka természetes lépéseire, mint Freud gondolta. De az is világossá vált, ami a pszichoanalízis ún. genetikus modelljében központi jelentőségű, pl. a gyermekkori fejlődést illetően, hogy a korai eseményeknek meghatározó befolyása van, hiszen érzékenyíté- nek a későbbi hatások vonatkozásában, gyakran akár determinisztikus módon is.

A pszichoterápiában is irányadók lehetnek az első óra történései. Lehet rosszul vagy elégtelenül indulni az első ülésen, lehetnek zökkenők, rögzülések, téves irányok – legálábbis elméletben, hiszen a nehézség éppen abban rejlik, hogy a terápia nem számítható ki, kezdetben nem lehet tudni, mi a célravezető, éppen ennek jobb megismerése miatt fordultak a szakemberek az első interjú felé.

Argelander is itt kereskedett. Mint könyvéből látható, több fejlemény is foglalkoztatta. Ekkor már téma volt, hogy a hagyományos freudi irányelv, az analitikus előírt passzivitása, semlegessége, tükör jellege, tiszta projekciós felületként működése nem abszolút szabály, már ismert volt Malan és munkacsoportja kísérlete (Argelander idézi is), amely szerint az intenzívebb terápiás hatás és a rövidebb kezelési tartam záloga a terapeuta lelkesedése, segítőkészsége, aktív involvációja. Már sokat beszéltek arról, hogy munkahipotézis kell már a terápiás folyamat elején, hiszen el kell indulni valamerre.⁷ Dilemma volt, hogyan lehet felismerni a beteg problémájából, karakteréből, élettörténetéből származó dinamikus erőket, amelyekkel a terapeutának később dolgoznia kell (és ekkor már megtörtént a Freud korában elképzelhetetlen dolog, Argelander is utal rá, hogy a két emberre

⁷ Már nagyon korán felvetődött a terapeuta aktivitásának kérdése, szemben Freud inkább kiváró, passzív viszonyulásával. Az eredeti mozgalom első „elhajlója”, új iskolaalapítója Wilhelm Stekel éppen az aktivitást tűzte zászlajára, és irányzatát aktív analízisnek nevezte. A hipotéziseket illetően: Bakó Tihamér, Bíró Sándor (szerk.): *Rövid dinamikus pszichoterápia*. 1992, Animula, Budapest.

korlátozódó analitikus ülést filmre vagy videóra veszik, egyirányú – ma úgy mondják: átpillantó – tükrön át megfigyelik és megtapasztalhatják, hogy a terapeuta helyzetértékelése nem feltétlenül pontos vagy optimális). Az is kezd kiderülni, szó van róla a kötetben is, hogy az első benyomások és a kialakuló kezdeti kapcsolati sémák és emóciók is döntőek és messzehatóak lehetnek. Ez ma sem teljesen „megemésztett” tapasztalat, pedig már korán, a hetvenes-nyolcvanas években meglepő adatok kerültek a felszínre, a találkozás első perceiben olyan személypercepció és érzelmi reaktív élmények keletkeztek mind a páciensben, mind a terapeutában, amelyek később alig vagy nehezen változnak, és amelyek kihatnak a terápia menetére és eredményességére.⁸ Ezek miatt állandó tudományos téma a „megfelelő” páciens illesztése a „megfelelő” terapeutához, az ún. matching,⁹ bár a legtöbb terapeuta sem akar megbarátkozni azzal a gondolattal, hogy a „jó” vagy a „megfelelően kiképzett” terapeuta nem tud optimálisan kezelni minden esetet (természetesen az alkalmassági, ill. az indikációs kritériumokon belül).

Ebben a helyzetben Argelander sok újdonságot fogalmazott meg könyvében. Ezek fogalmi, szemléleti jellegűek. Újítás az első interjú koncepciója mint entitás és mint az indu-

⁸ E kérdésekről általában: Buda Béla (szerk.): *Pszichoterápia*. Gondolat, Budapest, 1981; Buda Béla: *Pszichoterápia. Kapcsolat és kommunikáció*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2004

⁹ Az illesztésről egy áttekintés: J. L. Nikkin, S. A. Smith: *Clinical Preventive Services in Substance Abuse and Mental Health*. DHW, SAMSHA, Rockville, MD, 2004

ló folyamaton belül is önállóan kezelendő processzus. Újszerű az objektív és a szubjektív adatok alapján jól ismert pszichoterápiás értékelése, az objektív adatok szöveggörnyezetében (ahogy ma nevezzük) a páciens és a terapeuta *interszubjektivitása*, és az ebben létrehozott interakció, a páciens szubjektív világának rekonstrukciója, a pszichoterápia lényege.¹⁰

A legnagyobb felismerés a szcenikus viselkedés kiemelése volt. A terápiás helyzetben a páciens megjelenése, önreprezentációs módja, viselkedési és kommunikációs stílusa – ezt mindenki megtapasztalja – amúgy is szembetűnő, ám ha ezt (pszicho)genetikusan és determinisztikusan (pl. a freudi ismétlési kényszer elve jegyében) fogjuk fel, és ha hozzá tesszük a terapeuta érzelmi rezonanciáját és a viselkedésre, kommunikációra adott értelmezéseinek szerepét, akkor valamiféle hermeneutikus út nyílik a mélyebb, motivációs és emocionális lelki tartalmak felé, és ez az út elvezet a gyermekkorba, a családba, a tüneteket okozó alapkonfliktusokig, és a terápia irányulását, feladatsorát szabhatja meg.¹¹ A szcenikus viselkedés koncepciója máig fontos eleme a pszichoanalitikus, ill. pszichodinamikus terápiás képzéseknek, de más szavakkal, más tudományos összefüggésekben ezzel minden pszichoterápiás irányzat foglalkozik. Jó elv a határ-

¹⁰ A pszichoterápiás szakirodalomban sok a hasonló megfigyelés, erről a 8. jegyzetben idézett könyvek is beszámolnak, ezen kívül sokat vizsgáلت ezt Bálint Mihály is, pl. Michael Balint, Enid Balint: *Psychotherapeutic Techniques in Medicine*, Tavistock, London, 1961 ill. M. Balint: *Primary Love and Psychoanalytic Techniques*, Hogarth, London, 1962

helyzet, amely megvilágítja a terápiás szituáció sajátos kommunikációs rendszerét, amelyet a terapeuta alakít ki és szabályoz, és amely sajátos mozzanatként emelkedik ki az első interjú dinamikájából. A határhelyzet Argelandernél a beszélgetési folyamat különös alkalmá, kritikus pillanata, amikor a megértett szubjektív összefüggés megragadhatóvá válik, és teret ad az esetleges meghatározó jelentőségű fordulatnak, az értelmezés (interpretáció) megszületésének és a probléma kibontásának.

Ilyenkor már zajlik a pszichoterápia – pszichoanalízis vagy más, ún. feltáró vagy pszichodinamikus terápia –, a határhelyzeti megnyilvánulás már a tudattalan tartalmak tisztázását engedi meg, amely tükrözhet belső konfliktust, lehet *ellenállás* vagy (indulat)*áttétel*, de ez egyben egyfajta diagnózis is, nem kórtani, hanem pszichoterápiás módszertani értelemben, felismerés arról, hogy a terápiát milyen irányban és módon kell, ill. lehet folytatni.¹²

Talán ez a legfontosabb mozzanat Argelander megközelítésében. Hasonló gondolatmenetet követett Bálint Mihály is, aki a határhelyzetben (pl. a szcenikus viselkedés nyomán)

¹¹ Ezt különösen a mai szintetikus felfogások, ill. az egzisztencialista szemlélet fejezi ki világosan, pl. Freddie Strasser, Alison Strasser: *Existential Time-Limited Therapy. The Wheel of Existence*. Wiley, Chichester, New York, 1997; Emmy van Deurzen: *Paradox and Passion in Psychotherapy. An existential approach to therapy and counselling*. Wiley, Chichester, New York, 1998; Jürg Willi: *Ecological Psychotherapy. Developing by Shaping the Personal Niche*. Hogrefe & Huber, Seattle, Toronto, 1999

¹² Erről egyik jó összefoglalás: Lewis R. Wolberg: *Handbook of Short-Term Psychotherapy*. Thieme-Stratton, New-York, 1980

megjelenő dinamikus tartalmakat *fókusznak* nevezte. Nyomában a rövid pszichoterápiát szokták fokális terápiának is nevezni. Mint Argelander írja, fontos az értelmezés fogadtatása, ha a páciensben ennek nyomán *belátás* születik, ha képes összekötni valamely problémáját a terápiás helyzetben mutatott viselkedésével, akkor várható, hogy a terápiás munka jól fog haladni. A rövidterápiás irányzatok szinte kivétel nélkül hangsúlyozzák a korai értelmezések (egyesekek próba-értelmezésekről beszélnek) fontosságát, kivált, ha a felszínre kerülő témák vagy az arra adott értelmezések szorongást kiváltó vagy kioltó jellegűek.¹³

Argelander víziója szerint az első interjú során meg kell indulnia a terápiás munkának, mintegy erők és ellenerők feszülnek egymásnak, pl. a terapeuta törekvései a páciens ellenállásával találkoznak (az erők metaforája nyomán alkotta Freud az analitikus terápiára is a dinamikus jelzöt csakúgy, mint a személyiségen belül feltételezett konfliktusok leírására), a beszélgetés érzelmekkel telítődik, és így nyílik esély az eredményes folytatásra.

Érdekes módon Argelander elutasítja az *empátia* fogalmát, amely a beleélő megértést fejezi ki. Ezt pedig eredetileg Freud írta le, de a folyamatot nem nevezte meg külön,

¹³ A fókusz metafora egyik úttörője is Bálint Mihály. Erről Enid Bálint, J. S. Novell (eds.): *Six Minutes for the Patient. Interactions in General Practice Consultation*. Tavistock, London, 1973, ill. Rudolf Lachauer: *Der Fokus in der Psychotherapie. Fokalsätze und ihre Anwendung in Kurztherapie und anderen Formen analytischer Psychotherapie*. J. Pfeiffer, München, 1992

csak ritkán és utalásszerűen a német szóval – amelyből az empátiát Amerikában származtatták –, az *Einfühlung*gal, amely egyszerűen beleélést jelent. Mint a hatvanas évek német analitikus nemzedéke, Argelander is talán azért nem akarta elfogadni az empátia fogalmát, mert túl egyszerűnek érezte a feltételezett rezonanciát, szemben pl. az általa leírt összetett folyamattal, amely a terápiás keretek között viselkedésben és szavakban megszületik, és amelyet a terapeuta szinte bábaként segít a világra az értelmezéssel. A megszületés a tudatosulást jelenti, a korábban tudattalan lelki összefüggések integrálódását a páciens énjébe. Az analitikusok mintegy féltették is a terapeuta lelki semlegességét az érzelmi rezonanciáktól. Bár egyes pszichoanalitikusok nagy szerepet játszottak az empátia fogalmának tisztázásában (pl. Theodor Reik), mások saját iskolájukban konceptuális alapként kezelték (pl. Heinz Kohut), az empátia a humanisztikus pszichológián, különösen Carl Rogers ún. személyközpontú irányzatán át terjedt el, de ma már a legtöbb terápiás módszer és elmélet alkalmazza.¹⁴

Van olyan pszichoanalitikus felfogás, amely éppen a kommunikációban megjelenő tudattalan rezonanciákat tartja a legfontosabbnak a terápiában, ezen a síkon *tudattalan párbeszéd* zajlik a páciens és a terapeuta között, a rejtett félelmekre és hárításokra a terapeuta reakciói válaszokat adnak,

¹⁴ Buda Béla: *Empátia – a beleélés lélektana*. Ego School Bt., Budapest (4. átdolgozott kiadás), 1993, Arthur C. Bohart Leslie S. Greenberg (eds.): *Empathy Reconsidered. New Directions in Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington, D.C., 1997

ezek gyakran eltérőek a tudatos reflexióktól, pl. az értelmezésektől. Ez a párbeszéd az első interjú során indul meg és bontakozik ki, ebben a megközelítésben is kiemelt fontosságú tehát az első találkozás, vagyis Argelander könyvének témája.¹⁵

Az első interjú központi kérdés lehet a pszichoterápiás képzésben és kutatásban, erről sok közlemény szól. A vizsgálódást nehezíti, hogy az Argelander által leírt „igazi” pszichoterápiás indulás ritka. Általában előzetes megbeszélések, diagnosztikus lépések, egyezkedések után kezdődik a pszichoterápia, sok helyen pl. a betegbiztosítás is igényel diagnózist, rendszerint a nemzetközileg elfogadott betegségtani rendszerek (pl. a BNO-10 vagy a DSM-IV) jegyében. Ha valakit pszichoterápiába küldenek, valamilyen találkozás már előzetesen lezajlott, amely rávetülhet a pszichoterápiás találkozásra. A hagyományos analitikus gyakorlatban fontosnak tartották az ún. *terápiás szerződést*, vagyis a megállapodást az együttműködés kereteiben és feltételeiben. Ez a fajta kommunikáció erősen racionális, itt nincs mód határhelyzetek kiaknázására, a szcenikus viselkedés megjelenhet, de itt nehéz vele dolgozni. Ugyanakkor a tényleges első találkozás, a megismerkedés kialakíthat sémákat, „imprintingeket”, mint Konrad Lorenz híres példája a tojásból kikelő kiskacsákról, amelyek azt a mozgó lényt vagy tárgyat követik, amely az első nap van a közelükben, látóterükben. A korai

¹⁵ E. Mary Sullivan /ed./: *Unconscious Communication in Practice*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 1999

bevésődés lehet negatív is, néha hosszú ideig tart feloldozni a kezdeti félelmeket.¹⁶

Az első interjú tehát kimeríthetetlen téma, sokféle ágaztatható, de a gyakorlat számára minden vonatkozásban fontos. Érdekes és kell vele foglalkozni. Argelander könyve a korai, kezdeti próbálkozások egyike a feltárára, megvilágításra. Ezen a könyvön át könnyebben juthatunk el a probléma – és ezen át a pszichoterápiás folyamat – megértéséhez.

Dr. Buda Béla

¹⁶ Szőnyi Gábor, Füredi János (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Medicina, Budapest, 2000

SZAKMAI SZERVEZETEK

Magyar Pszichoanalitikus Egyesület (MPE)

Az MPE a magyar pszichoanalitikusok szakmai, tudományos társulása, amely kezeskedik tagjainak magas, nemzetközi kritériumoknak megfelelő szakmai színvonaláért.

A magyar pszichoanalízist Ferenczi Sándor neve fémjelzi, akinek javaslatára 1910-ben alakult meg a Nemzetközi Pszichoanalitikus Egyesület, majd 1913-ban a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület.

A pszichoanalízis egy intenzív pszichoterápiás módszer, amely heti többszöri gyakorisággal (3-4 alkalommal) alakít ki sajátos, úgy nevezett át-tételi kapcsolatot, amelyen keresztül a terapeuta a paciens belső, tudatlan működésmódját jobban megértheti és kezelheti. A pszichoanalízis ilyen értelemben a rejtett motívumok és a lelki kapcsolatok megértésének és feltárájának tudománya. A pszichoanalízis másrészt egy gondolkodási rendszer, amely minden lelki eredetű jelenségre képes magyarázattal szolgálni. A pszichoanalízis emiatt széles körben alkalmazható. Számtalan területen bizonyította alkalmazhatóságát, mint a mentálhigiéne, gyerek pszichológiai ellátás, csoportterápiák stb.

Székhelye: 1081 Budapest, Köztársaság tér 6. II/29.

E-mail: magyar.pszichoanalitikusegyesulet@chello.hu

Honlap: www.psychoanalysis.hu

Elnök: Halász Anna

Magyar Pszichológiai Társaság (MPT)

A Magyar Pszichológiai Társaság, amely 1928-ben alakult, az ország egyik legrégebb tudományos társasága. A Társaság célja a magyar pszichológia tudományos közéletének szervezése, a pszichológiai oktatás, kutatás és gyakorlat fejlesztése, a tagok szakmai tájékozódásának elősegítése. A Társaság magas színvonalú ismeretek nyújtásával szerepet vállal a pszichológusok továbbképzésében, az ismeretterjesztésben, a nemzetközi kapcsolatok ápolásában.

A Társaság tagja lehet minden, a pszichológia valamely szakterületén, vagy határterületén tevékenykedő, megfelelő szakképzettséggel rendelkező, vagy annak megszerzésén munkálkodó magyar állampolgár, aki az alapszabályban foglaltakat elfogadja, két szakmai ajánlóval rendelkezik és az éves tagdíjat megfizeti.

Az MPT havonta hírlevelet ad ki tagjai számára az aktuális közéleti hírekről, álláslehetőségekről, új könyvekről, pályázatokról, továbbképzési lehetőségekről. Az MPT folyóirata a *Magyar Pszichológiai Szemle*.

A Társaság két évente országos nagygyűlést szervez, melynek célja, hogy fórumot teremtsen a szakma hazai művelői számára tudományos eredményeik, tapasztalataik bemutatására, vélemény- és tapasztalatcserére.

A Társaság szakmai elismerését kétféle díjjal fejezi ki: Ranschburg Emlékérem és Társasági Emlékérem.

Az MPT tagjainak létszáma jelenleg 1670 fő. A tagok között a szűkebb szakma képviselőin túl szép számmal megtalálhatók a határterületek képviselői (pszichiátria, szociológia, pedagógia) illetve a pszichológus pályára készülő egyetemi hallgatók.

Elnök: Ritoókné Ádám Magda

Cím: 1075 Budapest, Kazinczy u. 23-27. I/116.

Tel: (06 1) 461 4521

E-mail: mpt@ppk.elte.hu, honlap: www.mpt.hu

Magyar Pszichiátriai Társaság

Célja, tevékenysége:

- korszerű pszichiátriai szemlélet képviselése
- a tudományág humanista szemléletének és módszertanának terjesztése
- a pszichiátria fejlődésének elősegítése
- a képzés, továbbképzés elősegítése
- pszichiátriai betegek joga és védelme
- kedvezményes PH előfizetés
- rendszeres tájékoztatás – Társasági Hírek
- külföldi tagoknak részvételi kedvezmény
- tagtársasági szolgáltatások
- pályázati képviselet
- pártoló tagság cégeknek, intézményeknek

Székhely cím: 1021, Budapest, Hűvösvölgyi út 116.

Postacím: 1281, Budapest 27. Pf. 41.

Tel: (06-1-) 200-6533, 392-0063, 394-5922/1405

Fax: (06-1-) 275-0000

E-mail: mpt1@t-online.hu, Honlap: www.mpt.iif.hu

Elnök: Dr. Németh Attila

MTA Pszichológiai Kutatóintézet

Az MTA Pszichológiai Kutatóintézetének feladata a tudományos haladást elősegítő, közvetlenül vagy közvetve a hazai gyakorlatban is hasznosítható pszichológiai alapkutatások művelése; a pszichológiai több területére kiterjedő tudományos kérdések komplex vizsgálata; a korszerű pszichológiai kutatási módszerek meghonosítása és fejlesztése; közreműködés a szakemberképzés és a tudományos utánpótlás nevelésének intézményes - graduális és posztgraduális- formáiban; kutatási együttműködés kialakítása hazai és külföldi tudományos intézményekkel; a pszichológiai kutatás elősegítése; tevékeny, segítőkész, a tudományos és tudományetikai értékek érvényesülését szolgáló közreműködés a pszichológiai tudományos közéletben.

Igazgató: Czigler István, DSc

Székhely: 1132 Budapest, Victor Hugo u. 18-22

Telefon: 239-6726, 279-6010,

Fax: 239-6727

Postai cím: 1394 Budapest, Pf. 398

E-mail: czigler@cogpsyphy.hu, farkase@mtapi.hu

FOLYÓIRATOK, HASZNOS CÍMEK, LINKEK

Pszichoterápia

A PSZICHOTERÁPIA folyóirat a lélektani gyógyító és tanácsadó szakmák központi orgánuma. A szakfolyóirat a pszichoterápiás klinikum, szociális ellátás, mentálhigiéné, nevelési tanácsadás, szervezeti tanácsadás, prevenció területén biztosít tájékozódást.

Célja, hogy elősegítse a fejlődést, a párbeszédet, a képzést, továbbképzést és a kutatást.

A lapban teret kap a lélektani kapcsolati folyamatok tudományos és gyakorlati munkája.

Rendszeresen jelentkező rovatok: kutatás, áttekintő, elméleti és esettanulmányok, vitafórum, recenziók, szakmai közéleti hírek, könyvrecenziók és filmlevelek.

A tanulmányok közlése független lektorálás alapján történik.

Vitára, tájékoztatásra friss lehetőséget nyújt a honlap és annak interaktív része.

Szerkesztőség: 1026 Budapest, Szilágyi E. fasor 109.

Postacím: 1276Bp., pf. 195

E-mail: szerkesztoseg@pszichoterapia.hu

Tel/fax: (06-1) 789-8054, WEB: www.pszichoterapia.hu

Kiadja a MentalPort Kft.,

Klinikai részleg: www.mentalport.hu

Psychiatria Hungarica A Magyar Pszichiátriai Társaság folyóirata

- a MPT tudományos folyóirata 1985 óta
- évente 6 alkalommal 1300 példányban jelenik meg
- nemzetközileg elismert szaklap
- (Indexed by MEDLINE, PsychINFO, Excerpta Medica, Mental Health Abstracts)
- tematikus számok
- főtámogatók 2006-ban: Bristol-Myers Squibb Kft. és a Lilly Hungária Kft.

Magyar Pszichológiai Szemle

1928-ban alapult a Magyar Pszichológiai Társaság folyóirataként, és évente négy füzet jelenik meg egy kötetben. A folyóirat a magyarországi kutatások eredményeit és alkalmanként külföldi szerzők tanulmányait közli a következő kutatási területeken: általános és fejlődépszichológia, klinikai, pedagógiai és szociálpszichológia, művészetpszichológia, kriminálpszichológia stb.

Főszerkesztő: Pléh Csaba

AKADÉMIAI KIADÓ, Folyóirat-szerkesztőség

1519 Budapest, Pf. 245, telefon: (06 1) 464 8222, Fax: (06 1) 464 8221

E-mail: journals@akkr.hu

www.akademiai.com, www.akademiaikiado.hu

Hasznos címek, linkek

www.pszichoanalizis.lap.hu

www.pszichologia.lap.hu

www.pszichoterapia.lap.hu

www.freud.lap.hu

www.jung.lap.hu

www.pszichologia.hu

www.pszichologia.lapozz.hu

www.pszichodrama.hu

www.mipe.hu

AJÁNLOTT IRODALOM:

- Bálint Mihály: *Elsődleges szeretet és pszichoanalitikus technika I-II.*, Animula Kiadó, é. n.
- Foulkes, SH: *A csoportanalitikus pszichoterápia módszere és elvei*, Animula Kiadó, 2000
- Ferenczi Sándor: *A pszichoanalízis rövid ismertetése*, Animula Kiadó, 2002
- Malan, DH: *Egyéni dinamikus pszichoterápia*, Animula Kiadó, é. n.
- Mitchell, SA, Black, MJ: *A modern pszichoanalitikus gondolkodás története*, Animula Kiadó, 2000
- Blatner, Adam: *A pszichodráma alapjai. Történet, elmélet, gyakorlat*, Animula Kiadó, 2004
- Bagdy Emőke, Safir Erika (sz): *Klinikai pszichológiai esettanulmányok*, Animula Kiadó, é. n.
- Füredi János; Németh A.; Tariska P.: *A pszichiátria magyar kézikönyve*, Medicina Kiadó, é. n.
- Mérei Ferenc-V. Binét Ágnes: *Gyermeklélektan*, Medicina Kiadó, é. n.
- Donald O. Hebb: *A pszichológia alapkérdései*, Trivium Kiadó, é. n.
- Karl E. Dambach: *Pszichoterror (mobbing) az iskolában*, Akkord Kiadó
- Buda Béla: *Pszichoterápiai kapcsolat és kommunikáció*, Akadémiai Kiadó, 2004
- Bálint Mihály: *Az orvos a betege és a betegség*, Akadémiai Könyvkiadó, 1961
- Hermann Imre: *A pszichoanalízis mint módszer*, Gondolat, 1988

A SPRINGMED KIADÓ KIADVÁNYAI

I. A SpringMed Betegtájékoztató Füzetek – ONKOLÓGIA*

Együttműködő partnerek: amerikai Nemzeti Rákellenes Intézet, a Magyar Onkológusok Társasága és a Magyar Rákellenes Liga
A sorozat a daganatos betegeknek és hozzátartozóiknak készült.

1. Amit az emlőrákról tudni kell, 2002, 2. kiadás 2004, 650 Ft
2. Amit a vastagbél- és végbélrákról tudni kell, 2002, 650 Ft
3. Amit a tüdőrákról tudni kell, 2002, 650 Ft
4. Amit a prosztatarról tudni kell, 2002, 650 Ft
5. Amit a gyomorrákról tudni kell, 2002, 650 Ft
6. Amit a gégerákról tudni kell, 2002, 650 Ft
7. Amit a méhnyakrákról tudni kell, 2002, 650 Ft
8. Amit a petefészekrákról tudni kell, 2002, 650 Ft
9. Amit a sugárterápiáról tudni kell, 2002, 2. kiadás 2004, 650 Ft
10. Amit a kemoterápiáról tudni kell, 2002, 650 Ft
11. Diétás tanácsok rákbetegeknek, 2003, 650 Ft
12. Amit az ajak-és szájüregi daganatokról tudni kell, 2003, 650 Ft
13. Amit a hólyagrákról tudni kell, 2004, 650 Ft
14. Fáradékonyság és vérszegénység a daganatos betegségekben, 2004, 650 Ft
15. Amit a bőrrákról és a melanoma malignumról tudni kell, 2004, 650 Ft
16. Fájdalom nélkül élni, 650 Ft
17. A rákról röviden – veszélyeztető tényezők – korai felismerés (összefoglaló kötet), 850 Ft