

"Idegtudományok" PhD program (programvezető:

Dr. Lénárd László egyetemi tanár)

"Viselkedéstudományok" PhD alprogram (programvezető:

Dr. Szabó Imre egyetemi tanár)

## PhD Értekezés

Pszichotraumák patogenetikai és terápiás vonatkozásai

Gáti Ágnes dr.

PTE ÁOK Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinika

Témavezető: Dr. Tényi Tamás PhD. egyetemi adjunktus

Pécs, 2002

**Tartalomjegyzék:**

1. A trauma koncepció a dinamikus pszichiátriában. Célkitűzések.
2. Pszichoszociális traumák szerepe az alkoholos hallucinózisok kialakulásában
3. A pszichotrauma jelentősége a súlyos én-betegségek (pszichózisok) kialakulásában
4. A veszteség mint pszichotrauma pánikbetegségben
5. A „child abuse” szerepe és viszonya a kötődés és mentalizáció problematikájához a borderline személyiségzavarban.
6. Az abúzus szerepe a pszichoszomatikus betegségek jellegzetes képviselőjében, az evészavarban. Egy korábban ismeretlen bántalmazási forma (Interneten keresztül) bemutatása.
7. A traumatikus tapasztalat intenzív pszichoterápiás, művészetterápiás és hipnoterápiás megközelítéséről és feldolgozásáról.
  - a. A pszichózisok intenzív pszichoterápiájáról
  - b. Művészetterápia
  - c. Hipnoterápiás tapasztalatok
8. A dolgozat témájához csatlakozó publikációs lista

## 1. A trauma koncepció a dinamikus pszichiátriában

A pszichiátriai kórképek megértéséhez elengedhetetlen az egyén biológiai sajátosságainak és intrapszichés konfliktusainak feltárása mellett a környezeti hatások, mai terminológiával a pszichoszociális stresszorok elemzése, melyek alapvetően hozzájárulnak a betegség kialakulásához. Az orvostudományban régóta végighúzó "nature and nurture" kérdéskör a pszichiátriában különös jelentőséget nyer, főként a környezetből érkező pszichológiai traumák által befolyásolt kórképek területén. A pszichés traumák mibenlétének, jelentőségének, specifikus szerepének körülírása évtizedekre visszavezethető kutatás tárgya. A trauma fogalma az idő folyamán jelentősen módosult és egyre specifikusabb aspektusokat nyert.

Bár már régóta ismert volt, hogy súlyos fenyegetés, bántalmazás emlékezőszavarhoz, állandó feszültséghez és elkerülő magatartáshoz vezethet, a trauma modern értelmezése *John Erickson* angol orvos munkásságával kezdődött, aki az 1860-as években egy vasúti katasztrófa túlélőin leírta a trauma szindrómát, amit a sokk okozta disztressznek illetve a gerinc zúzódásának tulajdonított. Feltételezve, hogy a traumás tünetek betegségégséget képeznek, *Paul Oppenheim* berlini neurológus a kialakuló kórképet "traumás neurózis"-nak nevezte, és az agyban ki nem mutatható organikus elváltozásokkal magyarázta.

A következő ötven évben a sokk fiziológiájának vizsgálata került előtérbe, elsősorban *Cannon* vagy *Pavlov* munkássága révén. A trauma fogalma azonban egyre inkább pszichológiai jelentést kapott *Charcot*, *Janet*, *Breuer*, *Freud*, *Prince* és mások munkáiban. Ez időtájt a hisztériás nők jelképezték a trauma lelki megrázkódtatást okozó hatásait.

A dinamikus pszichiátriai trauma elméleteket áttekintve *Freud* korai teóriáihoz kell visszanyúlnunk, hiszen 1895-96 között láttak napvilágot a neurózis keletkezéséről szóló munkái (*Studien über Hysterie* 1895; *Zur Ätiologie der Hysterie* 1896). Ezekben leírja a "csábítás elméletet", mely

alapján a neurózisok eredetét a gyermekkorban elszenvedett, felnőttek által okozott szexuális traumákra vezeti vissza. Később *Freud* (1897) feladta ezt a teóriát. (Sokan foglalkoztak e tény szerteágazó okaival, nekem nem céлом ezekre a motívumokra kitérni). Ily módon a külvilág patogén jelentőségét lényegesen redukálva, a traumatikus élményeket jórészt a fantázia világába száműzte. Ennek pozitív hozománya volt az intrapszichés folyamatok, konfliktusok hangsúlyozásával a tulajdonképpeni pszichoanalízis megszületéséhez, fejlődéséhez való hozzájárulás. Ettől a fordulattól kezdve a pszichoanalízis történetében végighúzódik a trauma és/vagy konfliktus kérdése.

Maga *Freud* is mindvégig ambivalens maradt. Újra és újra visszatért a reális trauma jelentőségéhez, máskor "tévedésről" beszélt. Egész életében törekedett a trauma és az intrapszichés konfliktus integrációjára, nem sok sikerrel (pl. az Ödipusz-komplexus fajtörténeti traumatikus eredetén keresztül). Tanítványainak nagy része (pl. *Karl Abraham*, a "berlini iskola") szintén egyértelműen elvetette az elcsábítás-teóriát. A környezet hatásait jelentéktelennek tartották, az intrapszichés konfliktusok jelentőségét emelték ki (melyek főleg az Ödipusz komplexusból erednek). Mindezt abban a korban, amikor az "Anschluss", a "Kristallnacht", a II. világháború és a holokauszt előjelei már érzékelhetők voltak. A környezet jelentőségének redukciója és az elfojtott intrapszichés konfliktusok tudatosítására koncentráló klasszikus belátásterápia "előnye", hogy társadalomkritika nélkül, a társadalmi tényezők mellőzésével, egy diktatórikus környezetben is működtek (*Cremerius*, 1979). Kivételnek az I. világháborúban szinte járványszerűen megjelenő háborús neurózist tekintették, ami a férfiakban is kétségbevonhatatlanná tette a traumás tünetek létezését, s amelyet "ágyúsokk"-nak neveztek. Az orvosok többsége közömbösen viszonyult a háborús sokkon átesett katonák pszichés szenvedéseire, egy befolyásában egyre növekvő kisebbség azonban felismerte a háborús neurózis pszichogén jellegét és a *Breuer-Freud*-féle katartikus módszert tekintették választandó terápiának.

*Ferenczi Sándor* és a budapesti iskola a berlini iskola ellenlábasa volt. *Ferenczi* mindvégig hangsúlyozta az élmény szerepét a fantázia mellett, valamint azt, hogy minden lelki történés emberi kapcsolatokba ágyazott. Ezáltal

az intrapszichés dimenzió mellett a szociális kapcsolatokon keresztül a környezet lényegesen nagyobb szerepet kapott, mint a csupán intrapszichés konfliktusokra centráló analitikusoknál. *Ferenczi* különösen késői terápiaiban, mai terminológiával élve borderline páciensei kezelése során szerzett tapasztalatai alapján visszatér *Freud* csábításelméletéhez, s a reális szexuális traumák jelentőségéhez. ("Nyelvezavar a felnőttek és gyermek között. A szenvedély és a gyengédség nyelve" 1933).

Még a holokauszt túlélőkkel kapcsolatos pszichoanalitikus vizsgálatok sem tudtak a trauma kérdésében igazán széleskörű érdeklődést kelteni. Ahogy azt *Ruth Leys* (2000) írja, a trauma történetét jellemzi az alterálás a felejtés és az emlékezés epizódjai között, amit az egyik generáció pszichiátereinek hanyagoltak, az a következő generációban felélesztésre kerül. Ahogy a II. világháború tapasztalatai felidéztek az I. világháború tanulságait, úgy élesztette fel a vietnámi háború a II. világháború és a holokauszt tapasztalatait. Nem célom e jelentős kutatásokra részleteiben kitérni, csupán néhány aspektusra utalok.

Talán a legfontosabb eredménye a vizsgálatoknak az intergenerációs - transzgenerációs aspektusok előtérbe kerülése. (A témában megjelenő korai munkák elsősorban a hazatérők pszichés károsodásait elemezték). E kutatások számtalan irányt vettek célba (késői pszichoszomatikus és pszichoszociális hatások; emigráció, mint a trauma ismétlése; a következő generációk pszichiátriai megbetegedései, stb.). A fókuszban az idősebb generáció traumája áll, mely feldolgozatlanul tevődik át a későbbi generációkra.

A pszichoanalízis az ént a képzelet szintjén meggyötrő fantáziákra éppen olyan hangsúlyt fektet, amint az ennek a valóságos történésekre adott válaszaira. A trauma realitása a szülők valóságos élménye, de ezt a gyermek a képzelet segítségével önmagára vonatkoztatja. *Ilany Kogan* (1994) írja, hogy az átvitt trauma hatása a szülő múltjához való fixálódás, ami gátolja a szelf autonómiáját.

Egy reális trauma általi "retraumatizáció" kettős hatású lehet. Egyrészt

negatív irányú, és az “átvitt” trauma intenzitásának növekedését eredményezheti, s a neurotikus mintázat felerősödését. Másrészt lehet pozitív irányú, mely indukálja a megoldási törekvéseket, s felgyorsíthatja a gyógyulási folyamatot. A valódi trauma feldolgozása gyengíti a szülő múltjához való fixálódást (mindebben természetesen a pszichoterápiának jelentős szerepe lehet).

A holokauszt hatásainak elemzése hozzájárult a többi, az elmúlt 60-70 év történelmének egyéb bugyrából táplálkozó normatív trauma (háborúk, gazdasági válság, epidémiák, demográfiai vagy foglalkozási struktúra változások) kutatásához.

1980-ban a DSM-III-ban nyert először hivatalos elismerést a traumás tünetcsoport, mint poszttraumás stressz betegség (PTSD), mely egységes elméletbe integrálja a természeti katasztrófák, a harctéri stresszek elszenvedőit, a holokauszt túlélőit, a szexuális abúzusok áldozatait stb. A szociális munkások és más aktivisták politikai küzdelmének lett az eredménye annak céljából, hogy elismertessék a Vietnámi Háború veteránjainak háborús szenvedéseit és azok pszichés következményeit.

A gyermekkori szexuális abúzussal az 1970-es évektől kezdtek egyes kutatók behatóbban foglalkozni. Manapság a “child abuse” fogalmat tágabban értelmezik, beleértve a fizikai, szexuális és érzelmi bántalmazást (pl. verbális, erőszak szemtanúkénti megtapasztalás), valamint a testi és érzelmi elhanyagolást.

A téma diszkusszióját megnehezíti a trauma fogalmának sokszor pontatlan használata. Vannak túlzónak tűnő általánosítások, mint pl. *R. Ekstein* (1979) meghatározása: “A trauma a gyermekkor univerzális jelensége”, vagy pl. *Laplanche* “Általános elcsábítás elmélete”, mely szerint minden interakció csábításnak számít.

*Freud* 1917-ben a traumát a következőkben definiálta: “... egy élmény, amely a lelki életet rövid időn belül oly erős ingernövekedéssel szembesíti, hogy

annak elintézése és feldolgozása a normális, megszokott módon nem sikerül...” A freudi definíció alapvetően a mai napig érvényes, ha sok szempontból ki is egészült és differenciálódott a pszichoanalízis továbbfejlődésével. Az énszichológia, a tárgykapcsolat-elmélet, a fejlődépszichológia és a szelfpszichológia új szempontokat vetettek fel, s különbözőképpen hangsúlyozták a témát. A trauma fenomenológiája is változik: az egyszeri sokk-trauma mellett stressz- vagy strain-traumáról (*Kris, 1977*), vagyis huzamosabb időn át ható traumáról beszélünk. Jelentős momentum mikor az angol tárgykapcsolat-elméleti teoretikus, *Masud Khan* (1963) leírja a kumulatív traumát: Az anya egy védőpajzs a csecsemő számára a veszélyek ellen. Ha ez a pajzs tartósan gyenge, vagy nem működik, az anya “ingerelhárító” feladatát belső és külső ingerek túláradása ellen a gyermekkel való praeverbális kapcsolatában nem tudja ellátni, a gyerekben kumulálódik a traumatikus megterhelés. Az anyai védőpajzs alkalmi gyengesége szükséges az egészséges adaptáció kifejlődéséhez. A szülők azonban nemcsak a védelem hiányával, hanem a felesleges és túlzó szükségletkielégítéssel is előidézhetik a kumulatív traumát.

*Freud* latenciakoncepcióján túl *Ferenczi* részletesen leírja a traumára bekövetkező patológiás folyamatot, a traumatikus reakciót is. Véleménye szerint a trauma nem akkor jön létre, amikor a gyermek elszenvedi az eseményt, hanem amikor ezt a felnőttek meg nem értéssel fogadják, vagyis “tagadják” azt. A traumatikus eseményen annak értelmezése válik itt központivá, egyfajta - később elsősorban *Paul Ricour*nál explicitté váló - hermeneutikus, retorizált szubjektum koncepció gyökereként. *Ferenczi* zseniális sejtései és gondolatai lényegében ma is érvényesek, s minden fontos elemét tartalmazzák a modern trauma-elméletnek (túlstimuláció, döntő csalódás a felnőtt partnerben a jó introjektumok elpusztulásával, a személyiség részleges halála, a nácisztikus egyensúly összeomlása a disszociáció és fragmentálás veszélyével, az agresszorral való azonosulás, stb.) *Keilson* (1979) a hosszantartó, ismétlődő, masszív, kumulatív traumatikus hatásokat szekvenciális traumatizációnak nevezi, s hangsúlyozza, hogy ez a személyiség struktúráját fundamentálisan képes szétrombolni. Korábban már *Bálint* és *Ferenczi* is szekvenciális történésként emlegette a traumát.

A traumatizáció folyamatában nagy jelentőséggel bír a disszociáció

jelensége, melyet már *P. Janet* leírt “diszaggregáció” néven, s ami az utóbbi években ismét az érdeklődés középpontjába került. *Janet* elsőként hangsúlyozta a traumatikus élmények és a disszociáció együttjárását, ill. a kíséző amnéziát.

A trauma hatásaként értékelték már a korai analitikusok a sokkhatást, az elviselhetetlenség élményét, aminek megszüntetésére pszichés bénultság lép fel, a kognitív funkciók teljes gátlásával, “megbénul” az érzékelés, észlelés, emlékezés. Emiatt a trauma valódi élménye tudattalan marad, feldolgozása vágyteljesítő meghamisítás révén következik be álmok, fantáziák segítségével. A tünet kialakulásának célszerűsége a pars pro toto elvet követi, hogy az elviselhetetlen élmény ne az egész személyt, hanem csak egy részét érje. Ahhoz, hogy a trauma következményei kezelhetők legyenek, a trauma sújtotta személyiségrészt le kell hasítani, el kell különíteni.

*H. Eklert* és *B. Lorke* (1988) a traumatikus reakció lényegét a következőkben látják. A kiszolgáltatottság, elviselhetetlenség, tehetetlenség érzésének hatására “regresszív örvénybe” kerülve “reinfantilizáció” lép fel, mely az ént megbénítja. Az áldozat minden nárcisztikus forrástól el van vágva, “nárcisztikus üresség” áll elő. Egyúttal elvesznek a megbízható, pozitív tárgykapcsolatok. Az omnipotensként megélt tettes a legkorábbi szülőimágók pozíciójába kerül, az áldozat megkísérli a tettessel való identifikáció (helyesebben introjekció) segítségével nárcisztikus krízisét legyőzni. Az áldozat bevetíti a tettes róla alkotott negatív képét és leértékeli önmagát (id. *Pfitzner* 1996). *Ferenczi* (1933) is elemzi a traumás hasítást, mint elhárító mechanizmust (a fogalom már *Freudnál* is felbukkan). Véleménye szerint a személyiség két részre esik, az egyik regresszív szinten marad, és a trauma előtti állapotba vágyik vissza, a másik “éretté” lesz, ő a megrázkódtatást okozó felnőttel való azonosulás szülötte, ez befolyásolja a további fejlődését.

A mai felfogás szerint a disszociáció körébe tartozó jelenségek kontinuum mentén helyezhetők el. A modern elméletalkotók közül kiemelkedik *E. Hilgard* (1976) “neodisszociációs” elmélete, mely nevében a *Janet-féle* disszociációs tanokkal való rokonságot és az attól való elkülönülést egyaránt



kifejezi. Az elmélet érdeme többek között, hogy egy patológiás formákban leírt fogalmat átemel az általános lélektan területére. Legfontosabb kísérleti paradigmája az ún. "rejtett megfigyelő". Általánosan elfogadott, hogy ezek a gondolatok jelentős előfutárai a gyermekkori abúzus disszociatív betegségekben betöltött oki szerepére vonatkozó mai elméleteknek.

*Daniel Stern* - integrálva a csecsemőmegfigyeléseken alapuló posztkohuti szelf-pszichológiai teóriákat *Paul Ricouer* pszichoanalitikus hermeneutikájával - elkülöníti a patológiák aktuális és narratív eredetét. Az aktuális eredetet a konkrét élettörténeti esemény, míg a narratív eredetet a szelf-érzetek torzulásainak egy kulcsmetaforában történő leírása jelenti. Míg a reaktív kórképek esetében az aktuális és a narratív eredet átfedi egymást, addig a kumulatív traumatizáció kapcsán kialakult, vagy a biológiailag meghatározott szelf-érzet torzulások esetében az aktuális eredet nem is feltárható. Ezen korszerű és integratív elmélet pszichoterápiás-hipnoterápiás vonatkozásait - saját kutatásainkat (*Gáti, 1998, Gáti, Kóczán, 1998, Trixler, Gáti, Tényi, 2000, Gáti, Tényi, Túry, Wildmann, 2002*) is integrálva - a későbbi fejezetekben bontjuk ki.

Meg kell említeni, hogy a jelenlegi trauma kutatások számos új irányt is kirajzolnak. *Van der Kolk* és munkatársai közlemények sorozatában a kutatások fókuszát visszafordították a lélekről a testre azáltal, hogy a traumás emlékezést neurobiológiailag értelmezték. Hipotézisüket az elháríthatatlan sokk állatkísérletes modelljére alapozták, és felfogásuk szerint a trauma a memóriában időtálló pontossággal kerül megőrzésre és ez felelős a hosszútávú és gyakran késleltetett hatásokért PTSD-ben. Álláspontjuk szerint a traumás esemény a normális emlékezéstől eltérő módon kerül tárolásra az agyban. *Van der Kolk* (id. *Leys 2000*) szerint a traumás emlék nem tekinthető "deklaratív" vagy "narratív" emlékezésnek, - melyet jellemez, hogy tudatosan előhívható és verbálisan elmesélhető, hanem inkább "implicit" vagy "nondeklaratív" memória fajta, mely magában foglalja a testi emlékezést, készségek, szokások, reflexek, klasszikus kondicionált válaszok formájában, és kívül esik a verbális-szemantikus-nyelvi reprezentációkon. A hipotézis alapján minden egyes implicit memória rendszer az agy körülírt területéhez kapcsolható és jelenleg folyik a kutatás ezen memóriák neurohormonális bázisa, valamint olyan kezelési

technikák után, melyek a traumás memória alapját képező központi idegrendszeri aktivitást csökkentik vagy megszüntetik. A traumás memóriának implicit vagy nem narratív memóriaként való felfogása, lényegében visszavezethető *Janet* hosszú ideig elhanyagolt munkásságára. Ugyanis azáltal, hogy az áldozat képtelen traumás élményének normál úton való feldolgozására, az esemény visszahagy az agyban egy "realitás imprint"-et, amely megőrzi az eredeti, időtől független történeti hűséget a szubjektív vélekedés, a személyes kognitív sémák pszichoszociális faktorok vagy a tudattalan szimbolikus feldolgozás torzításaitól mentesen.

***Összefoglalás és célkitűzés:***

Dolgozatomban a pszichotrauma eltérő aspektusokból történő elemzését kíséreltem meg különböző pszichiátriai betegcsoportoknál. Kutatásom irányultságának változása tükrözi a trauma-kutatásban bekövetkező változásokat is. Kezdetben a szociálpszichológiai hatásokra (alkoholos hallucinózis), később az intrapszichés konfliktusok és az én-defektust eredményező biológiai faktorok pathoplasztikus összjátékára (pszichózisok), míg az utóbbi években elsősorban a biopszichoszociális megközelítésre és ezzel összefüggő nem-specifikus pszichotraumatizáció feltárására és kutatására fókuszáltam (határeseti kórképek, evészavar, stb.). Terápiás megközelítésem és annak tudományos feldolgozása alapvetően dinamikus orientációt követ, melynek során a legkorszerűbb pszichoanalitikus pszichológia eredményeit és megközelítési módjait igyekszem a hipnoterápiás praxisomba és annak tudományos konceptualizációjába integrálni.

## **2. Pszichoszociális traumák szerepe az alkoholos hallucinózisok kialakulásában.**

Szociálpszichológiai orientációjú vizsgálatainkban az alkoholos hallucinózisok kialakulására és kórlefolyására vonatkozóan a - genetikai aspektusok mellett - a tágabban értelmezett környezeti pszichoszociális stresszorok jellemzőit és pathoplasztikus szerepét vizsgáltuk (*Gáti és mtsai, 1986, Gáti, Trixler, Tényi, 2001* ).

Az alkoholos hallucinózist a 19. sz. végén *Kraepelin* és *Wernicke* nyomán kezdték elkülöníteni az alkoholos pszichózisok csoportján belül. *E. Bleuler* (1972) vetette fel először a szkizofréniával való összefüggés lehetőségét, amely azért is jelentős mozzanat, mert felveti ezen kórkép etiopatogenezise kapcsán azt az alternatívát, hogy a szociális és pszichológiai faktorokról kevésbé a bonhofferi exogen reakció típus, mint inkább a funkcionális pszichózisok diatézis - stressz koncepciója keretében gondolkodjunk.

Már *Bonhoeffer* (1901) és *Harder* (1947), majd *Benedetti* (1952), *Victor* és *Hope* (1958, 1967), *Scott, Schuckit* (1982), majd később *Glass* (1989), *Tsuang és mtsai* (1994), *Soyka* (1994) közöltek a betegek szociális helyzetére vonatkozó adatokat: Prognosztikai következtetések levonására alkalmas eredményeket azonban az irodalomban nem találtunk. Nem ismeretes számunkra olyan közlés sem, mely a későbbi italfogyasztás alakulását és a kórlefolyás összefüggéseit vizsgálta volna. Vizsgálatainkban ezért célul tűztük ki, hogy alkoholos hallucinózis miatt kezelt betegeink katamnesztikus vizsgálatával felmérjük a pszichoszociális tényezők, valamint a későbbi italfogyasztás alakulásának szerepét a betegek további kórlefolyásának alakításában.

### **Beteganyag és módszer**

Klinikánkra 1943-80 között 115 beteg került felvételre alkoholos hallucinózis miatt. (Anyagunkban az alkoholos hallucinózis az alkoholos pszichózisok 1,9%-át tette ki.). A 115 beteg közül 70 beteg (61, 0 %) személyes utóvizsgálatát végeztük el, 13 beteg (11, 2 %) időközben meghalt, azonban a hozzátartozóktól megbízható katamnesztikus adatokhoz jutottunk, így az értékelésben összesen 83 (72, 2%) beteg adatait dolgoztuk fel. A feldolgozást egy általunk szerkesztett kérdőív segítségével végeztük, mely részletes adatokat tartalmazott a környezeti tényezőkre vonatkozóan is. A kérdőív segítségével lehetővé vált az adatok összehasonlítása és statisztikai értékelése.

A kórisme felállításánál a BNO-9 szempontjait vettük figyelembe. A statisztikai elemzést a  $X^2$ -próba segítségével, kis számok esetén a Yates-féle korrekció alkalmazásával végeztük.

### ***Eredmények***

A katamnézis átlagos időtartama 20,6 év volt, melynek szélső értékei 38 és 1 év voltak. A feldolgozott betegek életkora, neme és a tünetek megjelenésének időpontja az **1. táblázaton** szerepelnek

### 1. táblázat A vizsgált betegek jellemzői

A betegek			
neme	száma	A tünetek kezdete (év)	
férfi	67 (80,7%)	39,8	(21-65)
nő	16 (19,3%)	44,1	(31-60)
Összesen	83 (100,0)	40,7	

Az általunk használt diagnosztikus kritériumoknak megfelelően valamennyi betegnél tiszta tudat mellett jelentkező akusztikus hallucinációk voltak észlelhetők, melyek a betegek 89,2%-ában beszédhangok voltak.

A kórlefolyás alapján a betegek alapvetően három csoportba voltak sorolhatók. 43 (51,8%) betegnél a későbbiekben pszichózis alakult ki, mégpedig 31 esetben paranoid szkizofrénia, 12 esetben pedig főként a szkizofrén spektrumba sorolható atípusos és néhány esetben pedig affektíven színezett forma. 16 (19,3%) betegnél típusos organikus demencia alakult ki, 24 (28,9%) betegnél pedig a későbbiekben tartós tünetmentesség állott fenn, a kiindulási kórkép szempontjából gyógyultnak voltak tekinthetők. (**2. táblázat**)

## 2. Táblázat Az alkoholos hallucinózis kórlefolyás típusai

Kórlefolyás	A betegek	
	száma	%
Pszichózis	43	51,8
(Szkizofrénia)	31	(37,3)
(Atípusos)	12	(14,5)
Demencia	16	19,3
Gyógyult	24	28,9
Összesen	83	100,0

Vizsgáltuk az iskolázottságot, a gyermekkori családi jellegzetességeket. A talált különbségek csupán tendencia jellegűek voltak, a három csoport között e vonatkozásban nem volt szignifikáns különbség.

A környezeti pszichoszociális traumák szerepére következtethetünk áttételesen az alkoholfogyasztáshoz vezető motivációk vizsgálatával. Az italfogyasztás alakulásáról és motivációjáról nyert válaszok értékelését a **3. táblázaton** foglaltuk össze. Az adatokat két fő kategória szerint csoportosítottuk, egyéni (szorongásoldás, kontaktus- és önértékelési problémák kompenzálása familiáris, illetve munkahelyi stressz, egzisztenciális problémák, stb.), illetve szociális (családi, társadalmi minták követése, csoportnormákhoz való alkalmazkodás, stb.) motiváció szerint. A környezeti tényezők elemzéséből kiderült, hogy az esetek többségében mindkét motívum szerepet játszott, úgy tűnik azonban, hogy a gyógyultak, illetve a krónikusan pszichotikussá vált betegek körében az egyéni, míg a demensek csoportjában a szociális motiváció dominált. Mindez részben

utalhat a pszichoszociális stresszorok (traumák) jelentőségére, ami természetesen nem választható el a személyiség strukturájától, az intrapszichés konfliktusoktól, a személyiség megküzdő mechanizmusaitól, stb.

Megbízhatóbb és ellenőrizhető adatokon alapul a táblázat másik része,

mely a további italfogyasztás, tehát az első klinikai kezelés utáni időszak alkoholfogyasztásának alakulására vonatkozik. Összességében valamivel nagyobb azon betegek aránya, akik csökkentették, illetve abbahagyták az ivást az első pszichiátriai kezelés után (54,2%).

### 3. táblázat. Az alkoholizálás motivációja és későbbi alakulása az egyes alcsoportokban

Kórlefolyás		Motiváció		További alakulása	
		Egyéni	Szociális	Nőtt	Csökkent
Pszichózis	(N = 43)	24	19	18	25
Demencia	(N = 16)	7	9	13*	3*
Gyógyult	(N = 24)	13	11	7*	17*
Összes	(N = 83)	44	39	38	45

\*  $\chi^2 = 6,7885$ , df. I.P < 0,01

Lényeges különbséget találtunk az alcsoportokon belül. A gyógyultak csoportjában 17/24 azok aránya, akik csökkentették vagy abbahagyták az alkoholfogyasztást, ezzel szemben a demensek csoportjában mindössze 3/16, mely különbség statisztikailag szignifikáns ( $P < 0,01$ ). A pszichotikusok csoportjában is többségben vannak az italfogyasztást redukálók.

#### Összegezve:

Az alcsoportok összehasonlításából prognosztikailag értékelhető adatok adódtak (Gáti és mtsai, 1986, Gáti és mtsai, 1986, Gáti, Trixler, Tényi, 2001). Jól felismerhető, hogy az italfogyasztást jelentősen csökkentő vagy teljesen abbahagyó betegek között szignifikánsan több a gyógyult és kevesebb a



később dementálódott, mint az alkoholizálást változatlanul fenntartó vagy esetleg fokozó betegek között. Ebben a két alcsoportban, azaz a gyógyultak és dementálódók csoportjában az alkoholnak, mint exogén noxának a szerepe a bonhoeffer-i betegségfelfogás szerint igazoltnak látszik. Nincs azonban számottevő különbség a pszichotikus kórlefolyás arányában az italfogyasztástól függően. Az alkoholizálást csökkentők, illetve változatlanul folytatók csoportjában nagyjából azonos arányban fordul elő pszichózisba való átmenet, az ivás alakulása tehát e csoportban nem befolyásolta a prognózist. Mindezek az alkoholos hallucinózisok heterogenitását támasztják alá.

### 3. ***A pszichotrauma jelentősége a súlyos én-betegségek (pszichózisok) kialakulásában***

A pszichotrauma szerepe illetve általánosabban a konfliktus-patológia régóta vitatott kérdés a szkizofrén pszichózisok kialakulásában is. (*Jádi, Koltai, Gáti, Trixler, 1983, Trixler, Gáti, Tényi, 1995, Trixler, Gáti, Tényi, 2000*). Természetesen nem törekszem egy minden oldalról koherens áttekintésre a szkizofrénia etiológiáját illetően, de néhány szempont felvázolását fontosnak érzem, amelyben ezzel kapcsolatos kutatásaink elhelyezhetők.

Az utóbbi évtizedek kutatásai alapján úgy tűnik, nem tartható a klasszikus pszichodinamikus felfogás, amely specifikus fejlődési szakaszokhoz (traumákhoz) kötött specifikus pszichiátriai betegséget (*Ferenczi, 1913, Klein, 1946, Mahler, 1975, Kernberg, 1976*). A pszichózisok nem tekinthetők regresszióknak egy korai fejlődési szakaszra, ahogy azt *Ferenczi (1913)* vagy *Kohut (1971)* feltételezte.

Az újabb eredmények természetesen nem vonják kétségbe a korai deprivációk, traumák, nem-empatikus nevelés, szexuális abúzusok vagy szociális stresszek szerepét, csak azok nem specifikus voltát hangsúlyozzák, hiszen az adott kórképben megjelenő tipikus tárgykapcsolati formák (szelf- és tárgyrepresentáció elkülönítettsége), az elhárító mechanizmusok és a stresszhelyzetek (túlstimulálás, szeparáció, morális szorongás, reális veszélyek) regisztrálása képezi a pszichopatológiai kép dinamikájának és az intervenciós és terápiás stratégia kidolgozásának alapját (*Robbins, 1993, Gabbard, 1994, Ciompi, 1988*).

Az elmúlt évek kutatásai jelentős előrelépést mutatnak. A betegség biológiai (genetikai, neurobiológiai) meghatározottsága egyértelműnek látszik, ugyanakkor az is egyértelművé vált, hogy a környezeti hatások, stresszek jelentősen befolyásolják a betegség kialakulását, lefolyását, kimenetelét (áttekinti *Gabbard, 1994, Tényi, 2000*). Kezd tehát egy lehetséges integratív biológiai-pszichológiai szkizofrénia koncepció kibontakozni. Eltekintek az igen kiterjedt, a biológiai kóreredetet alátámasztó irodalom felsorolásától, mely

magában foglalja a genetikai és a központi idegrendszer strukturális és funkcionális elváltozásait érintő vizsgálatokat egyaránt.

Kiemelést érdemel a strukturális és funkcionális vizsgálatok integrációjaként *Weinberger* (1991) által leírt idegfejlődési modell. (prefrontális metabolikus hipofunkció, mely az anteromediális temporalis lebeny strukturális patológiájának másodlagos következménye, illetve a két agyi struktúra közötti kommunikáció deficitje tételezhető fel szkizofréniában). Az idegfejlődési modell szerint egy statikus, nem progresszív, nem degeneratív agyi abnormalitás lép interakcióba a normál agyi érési folyamatokkal, melyek a huszas évek elején fejeződnek be. Ebben a korban történik az adaptáció szempontjából jelentős agyi struktúrák érése, és ez az az időszak, amikor a fiatal felnőtt kikerül az addig protektív családi kötelékből. Ugyanakkor ez az az idő, amikor az agyi dopamin rendszerek csúcstevékenységet érnek el. Ha egy statikus agyi lézió jellemzi a páciensét ebben a korban, a fenti fejlődési folyamatok és stresszhelyzetek kapcsán a fiziológiai és magatartásbeli adaptáció sérül, és egy láncreakciót elindítva szkizofrén pszichopatológiához vezethet (*Weinberger* 1987, 1991, *Willick* 1993).

Az idegfejlődési modell tehát a neurodegeneratív teóriákkal szemben jelentősnek tartja a stresszek szerepét, s így módon jól korrelál *Ciampi* (1988) máig is korszerű szkizofrénia modelljével. E modell révén a prenatális ártalmak is etiológiai szerephez juthatnak, így a marker-kutatások is egyre nagyobb klinikai jelentőséggel bírhatnak. Az újabb kutatások alapján az is valószínűnek tűnik, hogy a preszkizofrén gyermek már olyan premorbid jegeket mutat, amelyek kapcsán a szülők folyamatosan frusztrálódnak, s amely másodlagosan az interperszonális kapcsolatok torzulása révén növeli a gyermekre háruló stresszek mennyiségét (*Willick*, 1993, *Gabbard*, 1994). *Robbins* (1992) integratív modelljében leírja, hogy a preszkizofrén gyermek képtelen a szülőkkel való adekvát kapcsolódásra, a szelf-mag érzet és a szubjektív szelf-érezet kialakítására, mely a gondozókkal szimbiotikus jellegű kapcsolatot hozna létre. Az is lényeges felismerés azonban, hogy a pszichiátriai betegség irányában magas rizikójú gyermekek prospektív vizsgálata során, több vizsgálatban is a vártnál kisebb számban jelentkezett pszichiátriai betegség. Az ún. protektív

szülőiség robusztus bizonyítéka származik az egyik legjelentősebb genetikai high-risk vizsgálatból, a Copenhagen High-Risk Study 2002-ben publikált eredményeiből, miszerint a genetikai kockázat manifesztációja klinikai pszichózis formájában függ a szülő-gyerek interakció milyenségétől annak esetleges kompenzáló sajátságaitól (*Schiffman és mtsai, 2002*).

Mindez egyre nyilvánvalóbban arra utal, hogy jelen lehet egy reparatív, korrektív anyai, gondozói aktivitás, mely bizonyos határokon belül képes kompenzálni (az agyi plaszticitás révén) a biológiai vulnerabilitást (*Lichtenberg, 1995, Schore, 1994*).

Jelentőséggel bírhatnak az integratív pszichózis koncepció szempontjából vizsgálataink, melynek kapcsán egy speciális stresszhelyzet - a szülés - hatását vizsgáltuk már korábban szkizofrénia kórjelzéssel kezelt nők esetében. A szkizofrén nők egyre növekvő fertilitása új jelentőséget ad a generációs folyamatokkal együttjáró stresszek és azok pszichés következményei feltárásának.

Míg egyértelmű irodalmi adatok támasztják alá a szülés precipitáló szerepét affektív pszichózisokban (*Bratfos és Haug 1966, Reich és Winokur 1970*), szkizofrénia vonatkozásában a szülési trauma hatása a betegség alakulására kevésbé egyértelmű. Korábbi szerzők (*Mayer-Gross és mtsai 1955, Curran 1961*) azt a nézetet képviselték, hogy a terhességnek és a gyermekszülésnek nincs közvetlen hatása a betegség kimenetelére. *Yarden és mtsai (1966)* felismerték a szkizofrén nők körében a gyermekszülés hatásának kimutatására irányuló utánkövetéses vizsgálatok hiányosságait és további vizsgálatok szükségességét hangsúlyozták. *Stevens (1971)* epidemiológiai vizsgálatai és számos klinikai megfigyelés arra utal, hogy a gyermekszülés szkizofrén nőkben szintén tünetkiváltó hatású. Figyelembe véve a kevés és ellentmondásos adatot, mely szkizofrén nőkben a gyermekszülés rizikójára vonatkozik, katamnesztikus vizsgálatok eredményeit tettük közzé a 1990-es évek közepén (*Trixler, Gáti, Tényi, 1994, Trixler, Gáti, Tényi, 1995*).

### ***Betegminta és módszer***

1339 reprodukcióban (15-45 év) lévő szkizofrén nőbeteg kórtörténetét néztük át, akiket 1946-1990 között kezeltünk klinikánkon. A szkizofréniában szenvedő nők közül kigyűjtöttük azoknak az adatait, akik gyermeket szültek és a terhesség során vagy a szülés után 6 hónapon belül pszichotikus epizód alakult ki. A generációs folyamat során pszichotikussá vált páciensek utánvizsgálatát egy félig-strukturált kérdőív felhasználásával végeztük el. Az adatok szerint 102 páciens személyes vizsgálatára került sor, 3 páciens meghalt, de a hozzátartozóktól sikerült megbízható adatokat nyerni, 7 páciensről az információt pedig levelezés útján nyertük. Így összesen 112 páciens katamnesztikus adatainak feldolgozására nyílt lehetőség. A BNO-9 diagnosztikus kritériumait alkalmaztuk, a statisztikai elemzés  $X^2$ -próbával történt Yates féle korrekció alkalmazásával.

### **Eredmények**

Az 1339 vizsgált szkizofrén nőből 919 (68.6%) szült. A 919 páciensből, aki gyermeket szült 112 (12.2%) szenvedett a generációs folyamathoz társuló új pszichotikus epizódtól. Ezek megoszlását a **4. táblázatban** tüntettük fel.

#### **4. táblázat Pszichotikus epizód**

Nem fordult elő		Előfordult			
		terhesség		post partum	
No	%	No	%	No	%
807	87.8	3*	0.3	109*	11.9

\*statisztikailag szignifikáns (P < 0.001)

Csupán 3 (0.32%) beteg dekompenzálódott a terhesség alatt, a túlnyomó többség, 109 (11.9%) páciens a szülést követő 6 hónapon belül.

### **Megbeszélés**

A gyermekszülés komplex stressz helyzetet jelent jellegzetes hormonális,

fiziológiai és pszichológiai változásokkal. A pszichológiai változások a pszichotraumának egy nagyon speciális formáját jelentik. A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek etiológiáját illetően az utóbbi időben az ún. "stressz-szummációs teória" kezd általánosan elterjedni. Ennek három összetevője van: 1. genetikai-konstitucionális, 2. endokrin-fiziológiai és 3. szociális-környezeti. A szerző elkötelezettségétől függően a különböző közlésekben egyik vagy másik kap hangsúlyt, azonban a legtöbb szerző szerint pszichózis kialakulásához többnyire mindhárom vagy legalább két területen kell működési zavarnak fennállnia. A szüléshez társuló pszichózisokban a fenti három tényező különválasztása és elkülönített vizsgálata gyakorlatilag alig lehetséges, ezért különösen érdekesnek tűnnek a gyermek adoptálást követő "post partum pszichózisok". Az adoptáció esetében terhesség és szülés nem lévén, az endokrin tényezők szerepe kizárható és így módon elsősorban a pszichodinamikai tényezők szerepének megítélésére alkalmasak (*Trixler és Jádi 1981*).

Már *Benedek (1959)* említi, hogy a nő szülés után számos ok miatt, bár elsőként fiziológiás állapota miatt, regresszióba kerül és véleménye szerint intenzív szükséglete támad arra, hogy vele anyáskodjanak. Azon szeretet segítségével, amit így módon passzivan élvez, juthat túl azokon a nehézségeken, amelyek elé az újszülöttről való gondoskodás feladata állítja. Adoptáció esetében a fiziológiai-endokrin tényezők szerepe kizárható. Ez azt a nézetet támasztja alá, miszerint a post partum pszichózisokban a gyermek létevel összefüggő pszichológiai vonatkozások és nem a szülés fiziológiai aktusa az elsősorban nehézséget jelentő tényező, mint ezt *Tetlow* is feltételezi (*1955*).

Ezeket, a *Herzog és Detre (1976)* által "szociális környezeti" névvel összefoglalt pszichológiai tényezőket több szerző is vizsgálta. *Arieti (1974)* a szülés utáni lélektani konfliktusokat a következőkben foglalta össze: 1. Az anyai szerep elfogadásának konfliktusa, 2. Az anyai szerepben való bizonytalanság, inszufficiencia érzése, 3. A házasság, illetve a partner elfogadásának konfliktusa. Ezek közül a szerzők többsége, így *Bardon, Herzog, Krüger* az anyai szerep elfogadásának problémáját tartja elsődlegesnek (*1972, 1976, 1965*). *Bardon (1972)* szerint a puerperiumban a stressz legjelentősebb forrása

az a tény, hogy anyává kell válni, és ezen folyamat kóros megnyilvánulásában a saját anyjával való diszharmonikus kapcsolat a fő predisponáló tényező. Ha a leány maga is anya lesz, szüleivel való kapcsolatának problémáit újraéli gyermekével való kapcsolatában, és szorongásokkal, kétségekkel telivé válik anyai alkalmasságát illetően. *Arieti* (1974) ennek dinamikájában a kettős identifikációt emeli ki. A beteg egyrészt identifikálódik saját anyjával, akit rossz anyának tekint -, másrészt gyermekével, aki ily módon egy újabb rossz anya áldozata lesz. A szorongás így az ő korábbi anya-gyermek kapcsolatából ered. *Melges* és *Bieber* (1968, 1978) adoptációt követő pszichotikus betegeiknél is az anya-leány kapcsolat zavarát emelik ki a pszichodinamikai tényezők közül.

*Zilboorg* (1928) a post partum szkizofréniák elemzésekor a megoldatlan Oedipus-komplexusnak tulajdonított fontos szerepet; ezáltal nagyobb jelentőséget kapnának az apával való viszony sajátosságai is. Erre utalnak *Uddenberg* és *mtsainak* (1979) vizsgálatai, akik azt észlelték, hogy az anya viszonyulása fiúgyermekéhez inkább függött korai apai kapcsolatának tapasztalataitól. Ily módon a gyermek nemétől függően más és más pszichodinamikai tényezők jutnának hangsúlyozott jelentőséghez. Az újabb vizsgálatok szerint az anya újraélheti saját születésének traumáját is.

Az adoptáció további fontos jellemzőjének tartjuk, hogy a nő megelőző terhességi állapot nélkül válik anyává. *Deutsch* (1945) nézetei szerint a terhesség során a magzat érzelmi "befogadása" az egész személyiség szempontjából érési folyamatot jelent. *Leifer* (1977) a terhesség pszichológiai változásait vizsgálva úgy találta, hogy az anyai érzések a terhesség alatt folyamatosan fejlődnek és a terhesség legfontosabb fejlődési mozzanataként a magzat elfogadását és érzelmi beépítését emelte ki. Ettől a normális személyiségérlelő folyamattól az adoptáló anyák meg vannak fosztva. (Ezen kívül számos egyéb dinamikai tényező lehet jelen, pl. az asszony teherbeesési képtelensége miatti önértékelési problémája, női identitásában való frusztráltsága.)

Meggyőző adatok szólnak amellett, hogy a postpartum időszakban nagyobb gyakorisággal fordulnak elő pszichiátriai zavarok (*Tetlow* 1955). A nők a gyermekszülés után regresszív állapotba kerülnek, melyet fiziológiai és

pszichológiai tényezők determinálnak. Ez a regresszív állapot segíti elő a pszichotikus epizódok kialakulását mind affektív, mind szkizofrén páciensekben. Az affektív pszichózisokban a gyermekszülés hatása a betegség prognózisára eléggé egyértelmű. *Bratfos és Haug* (1966) 38%, *Reich és Winokur* (1970) 40%-ban észleltek postpartum epizódot affektív pszichózisban szenvedő pácienseikben. Szkizofréniában a vizsgálati adatok kevésbé egyértelműek *Kendell és mtsai* (1987) epidemiológiai vizsgálataiban 120 puerperális pszichózis miatt felvételre került páciens közül 4-et diagnosztizáltak szkizofréniának, 8-at szkizoaffektív pszichózisnak, 88-at pedig affektív pszichózisnak az RCD kritériumok szerint. *Stevens* (1971) demográfiai vizsgálataiban a szkizofrén nők 13.8 %, a bipoláris affektív nők 23.3 %-a szenvedett puerperális pszichózisban. Saját vizsgálatainkban, mely igen nagyszámú szkizofrén populációt érintett, a nők 12.2%-ban alakult ki újabb pszichotikus epizód a gyermekszüléshez társulva. Ha összehasonlítjuk a postpartum pszichózisok egészséges nőkben általánosan elfogadott 1-2 pszichózis/2000 szülés gyakoriságával, ez több mint 100-szorosan megnövekedett rizikót jelent.

### **Következtetések**

Vizsgálataink, alátámasztva az irodalmi adatokat egyértelműen igazolták a megnövekedett rizikót pszichotikus dekompenzáció vonatkozásában a korábban szkizofrénia diagnózissal kezelt nőknél.

Mindez felhívja a figyelmet a terhes szkizofrén nők különösen intenzív farmakológiai és pszichológiai ellenőrzésére, gondozására. A terhesség alatt kibomló akut pszichózis fokozott rizikót jelent mind az anya mind a magzat számára, amely antipszichotikus medikáció beállítását teszi indokolttá. Nagy jelentőségűek a terhesség során szerzett anekdotikus tapasztalatok és közlések amelyek az antipszichotikus medikációra vonatkoznak, mivel ebben a helyzetben a más vonatkozásban lehetséges kontrollált pszichofarmakológiai vizsgálatok etikai okokból természetesen nem kivitelezhetőek (*Gáti, Trixler, Tényi*, 2001). Mindig gondos mérlegelést igényel a lehető legkisebb hatékony antipszichotikum dózis beállítása, annak érdekében, hogy a pszichotikus



dekompenzáció rizikóját csökkentjük és mindez a magzat szempontjából is a lehető legminimálisabb kockázatot jelentse. Minderre a korszerű atípusos antipszichotikumok birtokában nagyobb lehetőség nyílik. Ennek ellenére fontosnak tartjuk az ilyen körülmények között született gyermekek utánkövetéses vizsgálatát, melynek kapcsán több szer vonatkozásában sem találtunk ezidáig szövődményt (*Gáti, Trixler, Tényi, 2001*).

Lényeges szempontnak tartjuk ennek “transzgenerációs nyereségét”, hiszen a pszichésen egyensúlyban lévő szülő nőnek (az anyának) így nagyobb esélye van a csecsemőjével való interperszonális kapcsolatban a “reparatív anyai funkció” (*Levin 1991, Schore 1994*) betöltésére, az amúgy fokozott biológiai vulnerabilitással bíró gyermeknél.

#### **4. A veszteség mint pszichotrauma pánikbetegségben**

A pszichotrauma jelentőségét vizsgáltuk a szorongásos zavarok egyik legpregnánsabb képviselője, a pánikbetegség esetében. A mai értelemben vett pánikbetegség nem jelöl alapvetően új tünetcsoportot, hiszen már évszázadok óta különböző elnevezéssel nem csupán orvosi, de szépirodalmi művekben is említésre került. Jól ismert, hogy a *Freud* által leírt "szorongásos neurózis" is lényegében ennek a kórképnek felel meg, elkülönítve ettől az úgynevezett "szorongásos várakozást", amit ma anticipátoros szorongásnak nevezünk. *Donald Klein* 1964-ben elsőként javasolta a "pánikbetegség" elnevezést, de önálló diagnosztikai kategóriaként csak a DSM-III-ban jelent meg (1980). *D. Klein* vizsgálatainak hatására a pánikbetegség jó időre elsősorban biológiailag értelmezett kórkép lett, s a betegség etiológiájának kutatásában is főként a fiziológiai, biokémiai faktorok kerültek előtérbe. Ezen kutatások jelentős eredményei nyomán igen hatékony farmakoterápiás lehetőségek bontakoztak ki. E témakörben jól ismert az óriási külföldi irodalom mellett számos hazai kutató munkája is haszonnal forgatható (*Faludi és mtsai*, 1988; *Rihmer*, 1992; *Arató, Túry*, 1995; *Bánki*, 1995.)

Bizonyos mértékben azonban háttérbe szorult a tünettan kialakulásában potenciálisan szerepet játszó pszichoszociális faktorokkal történő foglalkozás, illetve ezek tudományos vizsgálata. A Menninger Klinika kitünő teoretikusa és terapeutája, a jelenkori pszichodinamikus pszichiátria egyik legnagyobb hatású szerzője, *Gabbard* (1992) azonban felhívja a figyelmet arra, hogy amennyiben csupán "kémiai egyensúlyzavarnak", illetve "betegségnek", nem pedig "tünetnek" minősítjük a kórképet és nem vesszük figyelembe a pszichoszociális és neurofiziológiai tényezők egymásra való hatását, könnyen eshetünk a terápiás egyoldalúság csapdájába, s a beteget is megfosztjuk a gyógyulásban vállalt aktív szerepétől.

Az utóbbi években egyre inkább tapasztalhatjuk az integratív szemlélet térhódítását, a kórkép kialakulását és terápiáját illetően egyaránt, többek között

*Ballenger* (1989), *Bush* (1991), *Menninger* (1992) és mások munkáiban. Így például *Ballenger* (1993) szellemesen hangsúlyozza, hogy miután a pánikbetegség biológiai, kognitív, behaviorista és pszichodinamikai elméletei egymástól függetlenül fejlődtek, az a hamis látszat alakult ki, hogy e megközelítések egymásnak ellentmondóak, holott a gyakorlatban jól összeegyeztethetők. A biológiai predispozíció és a konstitucionális tényezők függvényében a pánikroham megjelenéséhez több-kevesebb, általában nem tudatosuló pszichológiai összetevő szükséges. *Gabbard* (1994) megközelítésében, amíg a farmakoterápia a kórkép patogenezisében szerepet játszó neurofiziológiai komponensekre hat, addig a dinamikus pszichoterápia a tünetek hátterében, kiváltásában szerepet játszó pszichológiai tényezőket igyekszik feltárni. A kettőt nem tartja szétválaszthatónak, utalva számos kísérleti adatra, melyekben a pszichoszociális hatásoknak az agyi biokémiai történésekre való hatását vizsgálták (szeparációs szorongás és opiátrendszer viszonya: *Van der Kolk* (1987), *Suomi* majomkísérletei (1987), a locus coeruleus szerepe: *Redmond* (1987); laktát infúzió által indukált pánikroham kognitív pszichoterápiával történő kezelése: *Shear*, (1991); és így tovább). Megközelítésünkben csakis a cirkuláris oksági modell követése tűnik célszerűnek, ha nem akarunk a lineáris-kauzális egydimenziójú gondolkodás csapdájába esni, ahogy ennek veszélyeire *Onnis* (1993) a pszichoszomatikus betegségek kezelése kapcsán is figyelmeztet.

*Gabbard* szerint a pánikrohamok hátterében nem tudatos pszichológiai tényezők állnak, ezek indítják meg a neurofiziológiai változásokat. Így tehát a rohamok nem tekinthetők teljesen váratlannak. Hasonlóan vélekedik *Beck*, *Shear*, *Barlow* és *Clark* is (1994). *Shear* és munkatársainak (1993) véleménye szerint az általuk ajánlott pszichodinamikussal feltételezi a kapcsolatot a jelen pszichológiai funkciók (beleértve a tüneteket is), a koragyermekkorai élmények és a viselkedésgátoltság mint biológiailag meghatározott temperamentum-jellemző között. Mindehhez gyakran társul a szülők erősen kontrolláló, teljesítményorientált viselkedése. Többben a korai tárgykapcsolati zavarra, a "belső tárgyképzet elégtelenségére" hívják fel a figyelmet, ezért lehet szerintük olyan fontos a betegnek a támogató "külső tárgy" (*Ballenger*, 1989).

Utánkövetéses vizsgálatok során kiderült, hogy vannak betegek, akiknél gyakran visszamaradó tünetek, funkcióbeli károsodások, illetve különböző pszichológiai distresszre utaló jelek maradnak fenn. Más adatok szerint a korábban sikeresen gyógyszerelt betegek egy részénél a tünetek visszatéréseivel kell számolni. Feltehetően ez a jelenség is arra utal, hogy a pánikbetegségben is, sok más betegséghez hasonlóan, különböző klinikai alcsoportokkal kell számolni.

A fentiek alapján a farmakoterápia mellett már régóta helye van a pszichoterápiának a pánikbetegek kezelésében. Az irodalmi adatok szerint elsősorban a kognitív-viselkedésterápiás kezelési mód terjedt el. Hazánkban is e terápiás formának vannak jelentős hagyományai, például *Tringer, Mórotz* (1985); *Kopp, Fóris* (1993); *Kállai* (1991), valamint *Lajkó* (1993) munkáiban. Lényegesen kevesebb adat van – még a külföldi szakirodalomban is – a pszichoanalitikus-pszichodinamikus megközelítési módra vonatkozóan. Az utóbbi években azonban egyre több érvet sorakoztatnak fel e terápiás forma létjogosultsága mellett. Ezen irodalmi adatok összefoglalását adja áttekintésében *Kulcsár Zsuzsa* (1995), így a későbbiekben csak néhány, munkánk szempontjából is fontosnak vélt adatot emelünk ki.

Nem ismeretlen a szorongásos kórképek, így a pánikbetegség különböző elméleti megközelítésből, módosult tudatállapotban történő kezelése sem (*Levington*, 1990). Történtek például törekvések a hipnózis és a racionális-emocionális terápia integrálására. *Frankel* (1976) úgy találta, hogy a hipnózisban imaginációs úton történt deszenzitizáció sokkal hatékonyabb volt a hagyományosnál. *Kroger* (1977) módosult tudatállapotban tárta fel a páciens szükségleteit, melyek a tünetek háttérében álltak. *Meer* (1985) az önhipnózis fontosságát hangsúlyozta, mely a félelmek átélésére és kontrollálására ad lehetőséget az "elkerülés" helyett. A legtöbb irodalmi adat szerint a hipnózisban történő pszichoterápia is elsősorban viselkedésterápiás szemléletű, kevés azonban a dinamikus orientált terápiáról szóló közlemény.

Vajon indokolt-e a pánikbetegeket módosult tudatállapotban kezelni, és ha igen, milyen esetben, mik lehetnek az indikációk, hiszen jóval nagyobb

időbeli ráfordítást igényel (legalábbis rövid távon) egy ilyen orientációval és módszertannal folytatott terápia.

Két kérdéssel is szembe kell nézni ezen tünetekben szenvedő páciensek hipnózisban történő kezelésénél. Az egyik a klinikai tény, miszerint a pánikbetegek egyik centrális problémája a kontrollvesztéstől való félelem, másrészt az is ismert, hogy pánikrohamot nagyon sok biokémiai, fizikai és pszichés tényező indíthat meg, így paradox módon akár a relaxáció is. Mindkét problémát illetően legfontosabbnak a megfelelő terápiás légkör, a winnicotti értelemben vett "megtartó környezet" (holding environment) megvalósítása tartható. Stabil, biztonságos kapcsolatban, megfelelő rapportal a pácienseknek általában nem jelent problémát a módosult tudatállapotba merülés. Aki ezt igényli, mód van rá, hogy nyitott szemmel engedje magát hipnózisba (önkontroll érzésének megtartása).

*Frankel* (1974) a pánik regresszív jellegét hangsúlyozta, s felhívta a figyelmet a pánik és a transzállapotok analógiájára (beszűkült figyelem, csökkent akarati kontroll és így tovább). Klinikai tapasztalataim és pszichoterápiás kutatási eredményeim szerint ezt a tényt kihasználva a hipnózis megfelelő keret lehet akár a viselkedésterápiás technikák, akár a dinamikus orientált szemlélet számára, megkönnyítve a pszichoterápiás folyamatot (*Gáti, Kóczán*, 1998, *Gáti*, 2001 közlésre benyújtva). Az utóbbi 10 évben a pánikbetegek egy lehetséges alcsoportjánál alkalmaztam ezt a módszert 26 esetben. E betegek elemzése során feltárhatók és leírhatók voltak olyan pszichodinamikai sajátságok, melyek feltehetően a tünetcsoport kialakulásában is szerepet játszottak. Ilyen sajátság az élettörténeti adatok között szereplő gyermekkori szeparációs szorongás, a tárgyvesztés gyakorisága, illetve feldolgozatlansága. Mindez összhangban áll az irodalmi adatokkal. *D. Klein* (1964), később *Shear* (1993) és mások vizsgálataiból kiderült a pánik és az etológiai szempontból is nagy jelentőségű szeparációs szorongás kapcsolata. *Ballenger* (1989) ehhez hozzáfűzi, hogy a fentiek kapcsolatát alátámasztja a tárgyvesztések gyakorisága pánikbetegeknél, ami lényegesen gyakoribb a többi szorongásos kórképhez viszonyítva.

A terápiák során a különböző hipnózis technikák integrálására törekedtem, de munkám alapvetően az *Erika Fromm*-i hipnoanalitikus, illetve dinamikus orientált hipnoterápiás módszerre támaszkodott megengedő megközelítési módot alkalmazva (*Gáti, 1995, Gáti, Kóczán, 1998*). Alapvetően egyetértek a *Brown és Erika Fromm (1986)* által kidolgozott terápiás stratégiával, mely szerint kezdetben célszerű elsősorban a tünetek megszüntetésére adni szuggesziókat. Amennyiben ez nem eredményez javulást, hipnobehaviorális eljárások alkalmazhatók. Ezek sikertelensége esetén azonban úgy tűnik, nem kerülhető el a tartós eredmény elérése érdekében a dinamikus orientált megközelítés, a tünetek fenntartásáért felelős intrapszichikus vagy rendszerbeli konfliktusok feltárása és átdolgozása. Erre pedig tapasztalatom szerint igen hatékony, ha a feltáró munkát módosult tudatállapotban végezzük. Ezt a terápiás stratégiát választhatjuk akkor is, ha az adekvát farmakoterápia sem jár kellő eredménnyel.

Mindezek demonstrálására három terápiának a fentiek szempontjából lényeges mozzanatait foglalom össze. Természetesen e folyamatok értékelése több síkon történhet, klinikai, pszichoterápiás kutatói aktivitásom elsősorban a pszichotraumák módosult tudatállapotban való elérésére és átdolgozására irányul, nem nyílik lehetőség itt a konfliktusfeltáró munka kapcsán kibomló indulatátételes aspektusok leírására.. A betegek döntő többsége farmakoterápiában is részesült, de az alábbiakban olyan eseteket mutatok be a tisztább vizsgálhatóság érdekében, ahol valamilyen ok miatt nem kaptak gyógyszert a páciensek.

*Első eset:* A 24 éves tanárnő terápiába kerülése előtt másfél évvel kezdődtek az utóbbi időben már napi gyakoriságú pánik rohamok. Belgyógyászati vizsgálattal mitrális prolapszus szindrómát állapítottak meg, Betalocot és Xanaxot javasoltak. Néhány hónapi gyógyszeresedés nem hozott állapotában érdemi változást, s kifejezetten azzal az igénnyel jelentkezett, hogy rosszuléteitől gyógyszer nélkül szeretne megszabadulni. A 17 üléses terápia során 11 alkalommal történt hipnózis. A pániktünetek szempontjából fordulópontnak tekinthető három ülést foglalom össze. A pszichodinamikai összefüggések megértéséhez szükséges néhány élettörténeti adat ismerete. 3,5 éves korában: 3 hetes távollét az anyától, mely szeparációs szorongáshoz vezetett. 10 évesen a nagypapa halála: feldolgozatlan tárgyvesztés. 16 évesen: nővére váratlan külföldre települése : pótbjekt elvesztése, első bizonytalan kardiális panaszok

megjelenése. 24 évesen: olaszországi munkavállalás: izoláció, szeparációs szorongás reaktiválódása, mely az első pánikrohamhoz vezetett.

Az anyával való viszony rendezéséhez nagymértékben hozzájárult a harmadik hipnózis. Az ülés során a beteg 3,5 éves korára regrediált, abba a helyzetbe, amikor az anya kórházba indult. A páciens az ajtó előtt állt, nem mert odaszaladni, még a terapeuta biztatására, módosult tudatállapotban sem mert búcsúpuszit adni, és bár nagyon szeretett volna, de nem sírt. Félt anyja haragjától, hiszen megígérte neki, hogy jól viselkedik. Az anya távozása után a nővére gondoskodott róla. Nagyon vágyott édesanyja után. Hipnózisban biztattam, hogy tegye azt, amire ott, abban a helyzetben vágyott, és amire akkor nem volt lehetősége. Írja újra ebben a helyzetben az eseményeket. A hipnózis befejező szakaszában gyerekként belopózott az anya kórházi ágyához, ahol odabújván a mamához nagy melegséget, megértést, egymásratalálást élt át. Zokogott, rengeteg bűntudattal teli érzést mobilizált a hipnózis utáni asszociációiban. (Emlékezete szerint az anya nagy áldozatok árán szülte őt, orvosai tanácsa ellenére. Meghízott a szülés után, nőgyógyászati exstirpációra került sor, megromlott a kapcsolata az apával. A páciens mindig úgy érezte, mindezek miatt hálásnak kell lennie, nem mondhat ellent, úgy érezte, az anya nélküle boldogabb lehetett volna.) Hipnózisban sikerült elfogadtatni a beteggel, hogy mindenki maga dönt sorsának lényeges kérdéseiben, s annak idején ez volt az anya választása.

Mi is történt ezen az ülésen? Az eredeti helyzetben nem szabadott sírni, a reális érzelmek kifejeződése tiltás alá került, leblokkolódott, s ennek helyére léphetett később a szomatizációs forma. *Shear és munkatársai* (1993) szerint a pánikbetegségben általánosan jellemző a negatív érzelmek tagadása, ami a szomatikus tünetbe fordítás pszichodinamikai hátterét képezheti és a félelem szomatikus kísérőjelenségeinek túlhangsúlyozásához vezet (utalunk itt az interocepció-exterocepció fejlődésének kérdésére is). Jól érzékelhető a hipnózis hatásmechanizmusa is: amit annak idején nem tehetett meg, most módosult tudatállapotban megteheti. Ezzel párhuzamosan, részben már éber asszociációiban elfojtott, bűntudatos érzései, indulatai kimondhatóvá váltak. Az eredeti trauma tehetetlenségre kárhoztatta, a szeparációs szorongás az anyáról való leválás képtelenségét eredményezte (dependencia-independencia konfliktus), illetve az agresszió kezelésének speciális formáját, a passzív agressziót. A terápiás ülés során a beteg segítséget kapott a leváláshoz, a függőségi konfliktus megoldásához, s az agresszió megfelelő kezeléséhez

A tünetek szempontjából fordulópontot jelentett a második, illetve hatodik hipnózis. A második hipnózisban a beteg a halott nagypapa szobájához érkezett, de a küszöböt átlépni, így

elbúcsúzni tőle képtelen volt. Jellegzetes megjelenítődése volt ez az ambivalenciának, az elhárításnak.

Mindez rámutat a hipnoterápiás munkamódra is, vagyis arra, hogy a konfliktusok megmunkálása itt is egy folyamatot jelent, melyben a megoldás különböző alternatívái próbálódnak ki, s járhatnak adott esetben kudarccal. Gyakran tapasztaljuk, hogy ami az egyik ülés során elrendezetlenül marad, az akár szimbolikus formában, de ismét előtérbe kerül a későbbiekben, mintegy elintézést követelve.

A hatodik alkalommal "affect-bridge" technikát alkalmaztam (vagyis a tünetek felidézése nyomán történik a korregesszió). 10 évesen nővére szigorú felügyelete mellett tanult. A beteg szomjúságot füllentve kiosont a rádiózó, hozzá emocionálisan nagyon közel álló nagypapához. Ez a kép váltott aztán a halott nagypapára, aki most már körüljárható, megtapintható volt, s megtörtént az elmaradt búcsú.

Lényegesnek tartjuk, hogy ezen ülés alatt és az ülés utáni asszociációiban is az eddig elfojtott negatív indulatok és az ezek miatti bűntudatos érzések mobilizálódtak. Ezen az ülésen megtörtént a sok évvel ezelőtti tárgyvesztés feldolgozása.

Annak idején nem láthatta a halott nagypapát, sőt a temetésre sem vitték el. A haláleset után fél éven keresztül gyermekpszichológushoz járt szorongásai, rossz álmai miatt. Még a terápia megkezdése előtt is igen gyakran álmodott a nagypapával. Képtelen volt a temetőbe kimenni, úgy érezte, nagypapja mindig vele van, s kimondhatóvá vált, hogy ez bizony néha rendkívül terhes érzése.

Összefoglalva: annak idején hiányzott az érzéki bizonyosság a halott megtapasztalásához, holott ez a tárgyvesztés etológiailag is lényeges mozzanata. A keresés feszültsége tehát blokkolódott, az érzéki bizonyosság hiánya az elhárításra épülő megoldást eredményezte tünetek formájában. Bár a halott nagypapával kapcsolatos objektív élmény hiányzik, e terápiás formában lehetőségessé vált a hiányzó tapasztalás helyettesítése, így a halál integrálhatóvá vált. A terápia ugyan még folytatódott, de ezen ülés után rosszullétei megszűntek. Mindennek közel 10 éve, azóta tünetmentes, férjhez ment, gyermekei is születtek.



A második esettel a módszer hatékonyságát szeretnénk érzékeltetni, azokban az esetekben, ahol a pszichoterápiás feltárással szemben megnyilvánuló jelentős ellenállással találkozunk.

A 24 éves, friss orvosi diplomával rendelkező kolléganőnek kb. hat hónappal a kezelés megkezdése előtt alakult ki pánikbetegsége. Miután antidepresszív terápiára csak részleges javulás következett be, pszichoterápiás igénnyel fordult hozzánk, bár annak lehetséges hatékonyságában nem nagyon bízott. Kezdetben attól félt, hogy szomatikus betegség áll tüneteinek hátterében. Terápiájának megkezdésekor viszont a megőrüléstől való félelem uralta gondolatait. Énvédő mechanizmusai közül a szublimáció és a racionalizáció volt a legkifejezettebb. Értetlenül állt az események sodrásában, hiszen úgy érezte, "nem volt olyan nagy probléma életében, amit betegségével összefüggésbe hozhatna". A három hónapig tartó, heti gyakoriságú, dinamikus orientált pszichoterápiában csupán öt alkalommal történt hipnózis. Kezdetben az ellenállást jelző képek jelentek meg, (pl. köd; az úton, amelyen halad keresztül, derékmagasságban gumikötél van kifeszítve, mely csak egy darabig engedi haladni, aztán visszarántja, s amelyet végül nagy nehezen sikerül átlépnie.) Később azt a szorongató emléket élte át, amikor egyetemre kerülésekor szüleitől meg kellett válnia. Ezt követően spontán korregresszió kapcsán koragyerekkori szeparációs szorongással teli helyzetbe került, melynek módosult tudatállapotban való korrekciójára nyílt lehetőség. Éberen egy évvel korábban történt nőgyógyászati műtétje jutott eszébe, ahol szorongott és igen magányosnak érezte magát. A tünetek szempontjából döntő hipnoterápiás ülésből idézünk, mely véleményünk szerint jól szemlélteti a módszer rugalmasságát és hatékonyságát, jelen esetben az ellenállás leküzdésében. (Lényegesnek tartjuk itt is a stabil terápiás kapcsolatot, melyben a páciens "már felkészülhetett a képek átélésére"). Miután előző este igen heves pánikrohama volt, "affect-bridge" technika alkalmazását terveztem, vagyis megkértem, hogy hipnózisban próbálja felidézni a kellemetlen testi tüneteket, s ezen érzések nyomán haladjon időben visszafelé az életét jelképező úton.

P: "Nem tudom felidézni a rosszullétet... jól érzem magam ... nyugalmat érzek.

T.: "Jól van, élvezd, és menj így az úton..."

P.: "Nincs meg az út..."

T.: "Nem baj, akkor élvezd a lazaságot, nyugalmat...Milyen alakja lehet ennek a kellemes, nyugodt érzésnek?"

P.: "Virágcsokor... Színes, tavaszi, puha, bársonyos ... Gyászszalaggal van összekötve, nem illik oda, borzongok..."

Ezt követően idéződött fel először a vidám, anekdotázó, majd a haldokló nagypapa képe, aki két évvel korábban halt meg. A beteg akkor úgy érezte, nem volt képes igazán mellette lenni, pedig "ő volt az egészségügyis". Mindenki színt játszott és végig érződött, hogy a nagypapa tud közelgő haláláról.

A nagypapa betegágyánál módosult tudatállapotban pánik-rosszullétet élt át. A hipnoterápiás ülés során megtörtént az elmaradt beszélgetés és a végső búcsú. Miután elrendeződtek a dolgok, sírva, megkönnyebbülve jött ki a hipnózisból. Ezt követően tünetmentessé vált, négy és fél éve jól van.

A harmadik esetben 20 éves egyetemista lánynál fiatal, 42 éves apjának halála után kb. 10 hónappal alakult ki a pánikbetegség.

A tünetek hátterében itt is elsősorban a feldolgozatlan, bűntudattal, dühvel, ambivalenciával terhelt veszteség állt. A gyászmunkát nehezítette a betegnek anyjával való problematikus kapcsolata is. A páciens számára érzelmileg mindig elégtelen, intimitást nélkülöző viszony, a közös gyász hiánya reaktiválta korai szeparációs szorongásait, ugyanakkor a függőségi konfliktus és az erőteljes passzív agresszió még inkább növelte a távolságot anya és lánya között.

Ő is kifejezetten azzal az igénnyel jött, hogy gyógyszer nélkül szeretné megoldani a problémáját (ez általában nagyfokú motiváltságot is jelez a pszichoterápiára). A fél évig tartó dinamikus orientált hipnoterápia hozzásegítette ezen pszichológiai problémák megoldásához. Hat éve jól van, stabil partnerkapcsolata van, anyjával is lényegesen jobb a viszonya. Három éve jelentkezett, s kérte, hogy kezeljük édesanyját, akinél néhány hónapja szintén pánikbetegség alakult ki. A 45 éves asszony férje halálakor "tartotta magát", az eseményeket úgy élte meg "mintha mással történt volna". "Mindenki csodálatára sírás nélkül elintézt mindent." Férje halála és a hamvasztás utáni temetés között befeküdt a nőgyógyászatra, egy már korábban előjegyzett műtétre (uterus extirpáció, myoma miatt!). Támogató jellegű pszichoterápia történt, ahol az elmaradt gyászmunkát igyekeztünk megkönnyíteni, mindemellett antidepresszív medikációban részesült, állapota jelentősen javult.

A fentiek talán példázhatják a szorongásos betegségek családon belüli gyakoribb előfordulását, s azt is, hogy az interperszonális tényezőknek is fontos szerepük lehet a kórkép kialakulásában. Az is jól érzékelhető, hogy bár hasonló tünettannal és problematikával jelentkezett anya és lánya, a terápiás megközelítésnek mindig a beteghez kell igazodnia.

**Összegezve:** az irodalmi adatokkal egyezően rámutattam, hogy a pánikbetegek egy lehetséges alcsoportjának élettörténeti adatai közül a feldolgozatlan tárgyvesztések jelentős szerepet játszanak (*Gáti, 1995, Gáti, Kóczán, 1998, Gáti, 2001* közlésre benyújtva), melyek reaktiválják a korai szeparációs szorongást. Gyakran a koragyermekkorai élmények, s maga a

tárgyvesztés is a mélyben húzódnak meg (a beteg számára nem tudatosak, vagy nem hozhatók összefüggésbe a betegséggel, így gyakran nem kerülnek említésre). Később, mintegy “utolsó csepp” effektusként más, emocionálisan talán kevésbé jelentős, de mindezeket az érzéseket (szeparációs szorongások) újra előhívó események váltják ki az első pánikrohamot. Mindez természetesen nem specifikus, lényegesnek tartjuk, hogy a veszteségek feldolgozatlansága, elrendezetlensége mögött az érzelmek gátoltsága, a letiltás szerepel mint “munkamód”, s általában függőségi konfliktussal és agressziókezelési problematikával társul. Mindennek szerepe lehet a szomatikus tünetképzésben olyan páciensek esetében, akiknél neurofiziológiai defektus is meghúzódik a háttérben. Ily módon tehát egyfajta érzelmi fejlődésben bekövetkező elakadási modellel állunk szemben. A betegek számára a pszichés átdolgozás az előbbieket miatt nem lehetséges, ennek a “tehetetlenségnek” mozgásba fordítása a pszichoterápiás munka célja, melyre úgy tűnik, a feltáró jellegű hipnoterápia különösen alkalmas. Így válik érthetővé, hogy ugyanannak a tünetnek a kezelése a betegorientált gondolkodásban több támadásponton lehetséges, akár szimultán is (bizonyos esetekben a biológia, biokémia oldaláról, más esetekben a pszichodinamika oldaláról lehet hatékonyabban megcélozni). Minél szélesebb terápiás palettával rendelkezünk, annál inkább képesek vagyunk individualizált terápiát nyújtani.

A szorongás, nem egyszer a “pánikbetegség” felfedezhető némely művészeti alkotásban, vagy a művészek életútjában.

A következőkben egy lehetséges “megoldást”, ha úgy tetszik szublimációs módot szeretnék érzékeltetni *Eugene Ionescu* élettörténeti eseményeinek elemzése során. Irodalompszichológiai tanulmányomban rámutattam (*Gáti, 1997*), hogy a feldolgozatlan tárgyvesztés és a gyermekkori trauma összefüggései hogyan ismerhetők fel *E. Ionescu* pánik rosszullétei, életét végigkísérő szorongása és halálfélelme mögött. Az abszurd dráma jelentős alakja 1912-ben született román apától és francia anyától, Romániában. A család a két ország között ingázott, később a szülők elváltak. Az író egyetemi tanulmányait még Bukarestben végezte, majd végleg Franciaországban települt le. Ez a kettősség egész életére rányomta bélyegét.

A fiatal író szókimondó, sarkított politikai megnyilatkozásai, valamint a korabeli román írókat kritizáló, "irodalmi terrorizmusként" emlegetett pamfletjei révén vált híressé. Ambivalenciáját s egyben éleslátását tükrözi, hogy ugyanezen szerzőkről hamarosan felmagasztaló esszét írt, érzékeltetve, hogy mindent be lehet bizonyítani, s beismerve, hogy legfőbb célja ismertté tenni magát, zajt csapni maga körül, hisz páratlan becsvágy fűti, és keservesen szomjazza a hírnevet. Nárcisztikus személyiségét saját szavai érzékeltetik a legjobban. "Semmi sem érdekel, semmilyen szenvedélyem nincs magamon kívül. A magam számára én vagyok a dicsőség, az öröm, a szenvedély, az élet és a halál." (*Balota*, 1979). Már itt, korai éveiben is feltűnik, hogy énközpontúsága a halál árnyától fenyegetett – ez a későbbiekben egyre nagyobb problémájává vált. Ugyanakkor azt is érzi, hogy semmi sem olyan unalmas, mintha valaki az ürességben egy helyben vibrál. Az önmagunkba zártság tehetetlenségének kórját jól ismerték az utóbbi két évszázad nemzedékei, kezdve a romantikus "felesleges emberekkel", folytatva a "spleen" eleganciájával, egészen az egzisztenciális unalomtól szorongóig. A pályakezdő *Ionescu* túlságosan tisztán látott ahhoz, hogy felzárkózzon mögéjük. Nem félt beismerni: "félek..., tétovázom, mindig kétarcú a magatartásom..., ez az én nagy tragédiám: hogy nem tudom átadni magam ... transzcendálni". Egész munkássága e félelem meghaladására, a "transzcendálásra" tett próbálkozás.

*Ionescu* korai írásait olvasván a megkésett kamaszos fenegyerek hangját fedezhetjük fel. A mindent tagadó, cinizmust mímelő fiatalember azonban titokban nem zárja ki az abszolút értékekbe vetett bizalmat, hitet. A tagadó nihilista rendre sóvárog. Ambivalenciáját hangulati hullámváltozásai még inkább kiélezi. Hol misztikus elragadtatottságot, eufóriát érez, hol meg depressziós. Lázongó fenegyerek viselkedésével szoros összefüggésben van életének központi problémája, egy gyermekkori trauma, melyre naplójában utal, az apai tekintéllyel történt végzetes összeütközés. Az apa képéhez az elnyomás jelképei társulnak. A hatalommal, tekintéllyel, zsarnoksággal szemben mindvégig küzd, részben politikai megnyilvánulásaiban, részben drámáiban. "Mindent, amit tettem, némiképp ő ellene tettem".(mármint az apa ellen) írja

(Süle, 1985). A totalitárius ideológiák iránti gyűlölete elsősorban abból fakad, hogy ezek mint az örök emberi hatalomvágy szélsőséges, de sohasem autentikus megnyilatkozásai elkendőzik az emberi állapot igazi nyomorúságát. Az idő azonban megváltoztatta az elhunyt zsarnok apa és az áldozat viszonyát. Az elrendezetlen kapcsolat bűntudat formájában bukkan fel, és kíséri az érett író.

Az évek előrehaladtával a lázongó ifjú helyét egyre inkább a szorongó, halálfélelemtől szenvedő ember vette át. Körülbelül 20 évesen írja: "Félek, egyszer rádöbbszem, hogy elkerülhetetlen a halál – minden összekuszálódott bennem, pánikba esem, minden sejtem sikoltozott, egész lényem ellenkezett. Semmi sincs bennem, ami elfogadná a halált." Később: "Képtelen vagyok elviselni ekkora félelmet." "A halálfélelem miatt mindentől undorodom." (Balota, 1979).

Egyedül az irodalomban talál menedéket a szorongás elől. Úgy érzi, a szó elűzi az árnyakat, kivált a halál paradikus felidézését tartja csodatevő rítusnak, mely távol tartja, ha nem is a halált, de a halálfélelmet. "Haldoklik a király" című drámája erre a ragyogó példa. Ionesco nagyra becsüli az őszinteséget, az érzések hiteles kifejezését, szerinte "a művészet egyik célja önmagában van, a kifejezés már-már fiziológiai megszabadulás az érzelmektől". A szorongás nem hagyja el többé a felnőttet, aki gyermekkorának nagy érzelmi eseményei között már intenzíven átélte a halálfélelmet. (Erre utalnak írásai, melyek szerint anyját igen sokat vallatta e témáról.) Éjszakánként pánikjellegű rosszulletek gyötrik. "Szenvedek attól, hogy élek. Neurózis, ha valaki ennyire ragaszkodik az élethez. Ezért van bennem ez a szörnyű félelem, ez az éjszakai pánik."

Ehhez társul visszatérően álmában a "fal" képe. A karkai hangulatú álom értelmezése az író szerint: "Odaát a halál van,... kétarcú imágó a fal, ... szorongást okoz, s egyszersmind megóv a szorongástól." (Balota, 1979). Ionesco mégis optimista, "szorongó optimista". Drámáiban ("Az ingyenölő", "Rinocéroszok" - melyeknek önélettrajzi jelleget tulajdonítanak) annak az emberi magatartásnak állít emléket, melyet az emberi létezés mostoha, behatárolt körülményei között is egyedül érvényesnek tart, a be nem hódolás

magatartását. A lényeg a remény, még ha ez nem is irányult másra, mint a soha meg nem nyerhető küzdelem emelt fejű vállalására, a megőrizendő emberi méltóságra. *Kafka* hőiséhez az Éhezőművészhez hasonlóan – aki azért lett az éhezés művésze, mert nem talált kedvére való ennivalót – *Ionesco* is azért ír, mert “nem tud mást csinálni”. Szorongásai miatt mindig “visszaesik az irodalomba”. A színház módot adott *Ionesconak* arra, ami a pszichoanalízisből jól ismert: a vallomásnak, a “tudatosodásnak” felszabadító hatása volt számára, s már maga a kifejezés is távolságot teremtett félelmeitől.

**5. A “child abuse” szerepe és viszonya a kötődés és mentalizáció problematikájához a borderline személyiségzavarban.**

Az utóbbi évtizedben sok más kórképhez hasonlóan a borderline személyiségzavar kóroktanát illetően is a korábban uralkodó felfogásoktól eltérő szemléletmód alakult ki. Nem céлом a kórkép vonatkozásában sem a “klasszikus” elméletekkel, sem az újabb kutatásokkal részleteiben foglalkozni, hiszen e témakörben számos kiváló, köztük hazai összefoglaló áll rendelkezésre. (*Csuhai Csinos 1989, Döme 1999, Herold és mtsai 2000, Lénárd, Tényi 2001, Lukács 1996, Pető 1994, Ratkóczi 1995, Tényi 1996, Tényi 2000*) Csupán néhány, mondandóm szempontjából releváns aspektusra szeretném felhívni a figyelmet. A borderline személyiségzavar kialakulásában a pszichológiai okok szerepe egyértelmű. Ezek azonban nem specifikusak, patogenetikus vonatkozásaiak csak egy biológiai predispozíció talaján bontakoznak ki. A legtöbb kutató kiemeli a biopszichoszociális megközelítés fontosságát, s elemzi a predispozíció – stressz modell és a multifaktoriális rizikófaktorok interakcióját. (*Paris, 1994*).

Az újabb kutatások, elsősorban *Daniel Stern, Beatrice Beebe, Virginia Demos, John Gedo* (áttekinti *Tényi 1996*) nyomán, szakítanak a pszichoanalitikus fázis-elmélettel, s úgy vélik, hogy a legkorábbi és a későbbi szelf-érzetek és affektív szerveződési formák koegzisztálnak, formálódnak, s az egész élet során sérülékenyek azon neurobiológiai és/vagy pszichológiai szinten, ahol kialakultak. Ez a pszichoanalitikus modell lehetőséget ad arra, hogy a biológiai okok hatását a különböző szelf-szerveződési szintekre pszichodinamikusan értelmezhetővé tegyük.

A lehetséges rizikófaktorok közül a figyelem középpontjában a bántalmazás, s ennek szerepe áll. Az utóbbi években több empirikus vizsgálat szoros összefüggést sugallt a borderline pszichopatológia és az ismétlődő traumák között, beleértve a gyermekkori fizikális és még inkább a szexuális abuzust (különösen az incestet), sőt a családon belüli erőszak tanukénti megtapasztalását, valamint az érzelmi elhanyagolást. A különböző tanulmányok 50-80%-ban találtak gyermekkori bántalmazást a háttérben. (*Saunders , Arnold 1993; Sabo 1997*) Más szerzők ezzel összefüggésben egyéb jellemzők (az életkor, amelyben az abuzus történt, az időtartam, ki volt az elkövető, stb.) jelentőségét emelik ki a kórkép és egyéb diagnosztikai kategóriák elkülönítésében. *Paris* a személyiségjegyek és a trauma interakcióját tartja meghatározónak. (*Paris, 1994*) Kialakult egy elképzelés, mely szerint a trauma krónikus posttraumás stressz-zavart hoz létre, amely érinti a személyiség organizációját. (*Gunderson, Sabo, 1993*).

Már a "klasszikus" felfogások sorában lényegesnek vélték azt az esetleges családi patológiát, melyben a traumatizáció megtörténhet. A borderline személyiségzavar kialakulásában az abuzuson kívül szerepet játszó másik lényeges rizikófaktor a kóros szülői magatartás és a szeparáció (*Gunderson, 1996*) A különböző pszichiátriai kórképek közül a depresszió, az alkoholizmus, az antiszociális személyiségzavar e betegek hozzátartozói körében gyakrabban fordul elő. *Westen et al.* (1990) hangsúlyozza, hogy a borderline betegben megfigyelhető "tendencia", hogy több személytől szenvedjen el szexuális traumát, mindig összefüggésbe hozható az érzelmi elhanyagolással a gondozó részéről. Az érzelmi elhanyagoláshoz és szeparációhoz a kötődés zavara társul.

*Peter Fónagy* (2000), a mai pszichoanalitikus pszichológia jelentős alakja szerint a poliszimptomatikus formában manifesztálódó borderline betegségben az attachment kapcsolatok reprezentációja és az attachment viselkedés egyaránt dezorganizált. A kötődésemélet talajáról kiindulva az interszubjektív folyamatban kiépülő reflektív szelf-funkció, illetve a mentalizáció jelentőségét emeli ki, vagyis azt a kapacitást, amely lehetővé teszi saját és mások mentális

állapotáról való gondolkodást, illetve, hogy ezekről képet alkothassunk. Vizsgálatai során igazolta, hogy az anya magasabb reflektív kapacitása növeli a gyermekben a biztonságos kötődést, amely facilitálja a mentalizációs folyamatot.

*Fónagy* (1995) vizsgálta a szülők belső kapcsolati mintáit, (parent's internal working models of relationships) s ennek hatását a gyermek attachment minőségére. Úgy véli, minden szülő korai kötődési élménye hozzájárul kapcsolati modelljéhez, ez befolyásolja az összes későbbi kapcsolatát, beleértve azt a kapacitást, ami képessé teszi arra, hogy szenzitíven reagáljon saját gyermekére. A reflektív funkció tehát az attachment kapcsolatok kontextusában fejlődik. Mindez részben magyarázza a jól ismert jelenséget, a kötődési minták transzgenerációs átörökítését. *Fónagy* 1992-ben 97 nem pszichotikus, kórházban kezelt beteg között végzett felmérést. Az AAI (Felnőtt Kötődési Interjú) adatainak analízisekor kiderült, hogy a különböző diagnózisokkal kezelt legtöbb beteg átélt korai traumát vagy abuzust. A borderline betegeknél ez a nem specifikus rizikófaktor azonban kombinálódott a trauma feldolgozatlanásával.

A különböző elméleti háttérrel dolgozó pszichoanalitikusok egyetértenek abban, hogy a szülők azon képessége, hogy mennyiben tudnak mások lelkiállapotára reflektálni, nagymértékben befolyásolja a gyermek szelf-struktúrájának kialakulását is (*Winnicott* 1956, *Bion* 1967, *Kohut* 1977–in *Fónagy et al* 1993). *Fónagy és mtsai* (1993) a szelf két aspektusát különböztették meg a pre-reflektív, vagy fizikai szelf és a reflektív, vagy pszichológiai szelf formájában. Pre-reflektív szelfjének folyamatos létezéséről a csecsemő meggyőződhet a fizikai világgal való interakció révén. Ezzel ellentétben a gyermek pszichológiai szelfje sérülékeny, mert igényli a gondozó figyelmes jelenlétét, aki képes felfogni és visszajelezni az érzéseit. A megfelelő reflektív kapacitás hiányában a pre-reflektív, vagy fizikai szelf helyettesíti a mentális funkciókat – a test válaszol a lélek helyett, s ílymódon gondolatokkal és érzésekkel töltődik fel. A nem biztonságos kötődés talaján kialakult gyermekkori abuzus összefügg a borderline személyiségzavarnál is észlelt affect-regulációs deficittel, illetve agressziókezelési problémával. Ez képtelenné teszi a beteget arra, hogy szocioemocionális stressz hatására flexibilis adaptív



megoldásokat mobilizáljon a stressz feloldására.

*Fónagy* (2000) szerint akik gyermekkorukban súlyos bántalmazáson mennek át, s ezekre az élményekre a reflektív szelf-funkció gátlásával válaszolnak, – s így a traumát nem képesek feldolgozni – azoknál sokkal valószínűbb a borderline pszichopathológia kialakulása. Kiemeli, hogy a korai traumát elszenvedett betegek gyakran azért gátolják a saját mentalizációjukat segítő kapacitásukat, hogy elkerüljék, hogy a gondozóra, anyára bántalmazóként kelljen gondolni. Ez tehát egy mód arra, hogy a fejlődő szelfet megvédjék a bántalmazástól. Az abuzusok által meggyengített szelffel bíró páciensek esetében, akik az összes későbbi kapcsolatukban fenyegetettséget élnek meg, az agresszió tehát a pszichológiai szelf védelmét szolgálja. A páciens képtelen belső képet alkotni a korábban elszenvedett abuzív kapcsolat miatt, helyette az önsértő magatartás, a kényszertünet jelenik meg.

A mentalizáció zavarának eredményeként a beteg a gondolatokat, vágyakat, hiedelmeket fizikai szinten éli meg, a test állapotaiban. A borderline páciensben nem tudatosulnak a saját emocionális állapotai, hiszen hiányoznak azok szimbolikus reprezentációi. A “prementalisztikus” fizikai - cselekvéscentrált stratégiák dominálnak, különösen a félelemteli helyzetekben. A másik mentális állapotát csak akkor érthetjük meg, ha viselkedését az érzések, vágyak szintjén érzékeljük. Amennyiben csupán a viselkedés megfigyelhető konzekvenciáit (eredményeit) vagyunk képesek érzékelni a “mentális tanult tehetetlenség állapota” figyelhető meg. *Fónagy* és *Target* (2000) rámutat arra, hogy a mentalizáció és a tünetképzés háttérében húzódó disszociáció egymás inverzeként értelmezhetők. A pszichológiai térben nem “megfesthető”, “nem elgondolható”, nem mentalizált traumatikus tapasztalatot a személyiség disszociálja, tünetet képezve. A violence valójában kísérlet a tolerálhatatlan lelki élmények eltávolítására.

A mentalizációs folyamat aktiválása általában verbális úton, pszichoanalitikus terápiában történik. Publikációimban rámutattam a hipnoterápiás megközelítés lehetőségeire és terápiaelméleti és technikai

konzekvenciáira (Gáti, 1998, Trixler, Gáti, Tényi, 2000, Gáti, 2002). Itt egy terápiás tapasztalatom néhány lényeges mozzanatának kiemelésével szeretném a fentieket illusztrálni. A terápiás konzekvenciákkal a későbbiekben külön fejezetben foglalkozom.

**Eset:**

A terápia intenzív szakasza kb. másfél évig tartott, általában heti gyakorisággal. A hat éve tartó "kapcsolat" a későbbiekben a páciens időszakos gyógyszeres-szupportív kezeléséből állt. A hozzám kerülésekor 27 éves, Erdélyből áttelepült nőbeteg jelentősebb tünetei kb. másfél évvel korábban kezdődtek, hullámzó intenzitással, igen változatos formában. Szorongás, depresszió, diffúz szomatikus és szomatizációs tünetek, szuicid készletések, kényszeres-fóbiás megnyilvánulások jellemezték. A polimorf tünettán mögött a háttérben borderline személyiség szerkezet húzódott meg. Kántor-tanító családban, ötödik, késői, véletlen "szégyengyerekként" született ikerterhességből (nővére a születés után meghalt). Kiemelést érdemel, hogy az anya és három nővére szorongásos–depressziós panaszokkal küszködik, néhány esetben öngyilkossági kísérlettel. (felvetődik a kapcsolati minták transzgenerációs átörökítődése) Fivére és apja egészséges.

A tünettán kirobbanásában jelentős szerepe volt a ténynek, hogy a páciens Erdélyből áttelepülése után jóval idősebb nővérénél lakott, aki bevonta házassági problémáiba, s aki közben szuicidumot kísérelt meg. Így módon a gyermekkori, szülővel megélt helyzet reprodukálódott.

Kb. két hónappal a terápia megkezdése után, az elfogadó, biztonságos kapcsolat lehetővé tette a "trauma" felbukkanását. Hipnoanalitikus (projektív) módszert (színpad) alkalmazva átélte az alkoholista, lányokat molesztáló tanár által keltett szorongásokat a gimnáziumi matematika órán. E fedő emlék után éberén bukott ki belőle a sokéves titok, hogy 5 éves korában a szomszéd 16 éves fiú megerőszakolta. Ezt annak idején anyjának elpanaszolta, aki csak annyit mondott "Jézusom, most már nem vagy szűz". Így módon a szégyengyerekek saját szégyene lett, amit titkolni kellett. Kiderült az is, hogy később többször került olyan helyzetbe, amikor férfiak "kényszergették" (10 évesen a pap, 18 évesen első főnöke). Ezeket már senkinek (anyjának sem) merte elmondani, félt a megszégyenítéstől.

E betegnél is világossá vált az a gyakori jelenség, hogy mind létrejöttében, mind következményeiben mennyire multifaktorális a gyerekbántalmazás. Itt is lehettek volna kompenzáló faktorok, melyek a páciensben a szégyenérzést és a bűntudatot oldhatták volna, pl. a biztonságos anya-gyerek kapcsolat, az anya jó coping mechanizmusai, jó partnerkapcsolata, stb. Ezek egyike sem volt jelen, viszont számtalan, a szülőknél leírt kockázati tényezőt találunk, így például az anya szorongását, alacsony frusztrációs

toleranciáját, gyenge impulzuskontroll képességét, valamint depresszióját. Az elégtelen szülői gondoskodás, az anyához fűződő problematikus kapcsolat és a vele kapcsolatban megélt korábbi fizikai és érzelmi abuzus-sorozat növelte a vulnerabilitást a későbbi, szexuális jellegű traumák számára. *Schore* (1994) a szégyent alapvető affektusnak tartja, mely a szocializációban jelenik meg. Hangsúlyozza, hogy ha a szégyen-szocializációt megelőzik a biztonságos kötődés kialakulását veszélyeztető események, vagyis a korai kötődés bizonytalan, akkor a szégyenérelmények halmozódnak, az ún. "interaktív reparáció" elmarad (vagyis a gondozó nem képes olyan reparációs erőfeszítésre, melyet a gyerek internalizálhatna). Mindez fragmentációhoz, az egész érzelmi élet szabályozásának elégtelenségéhez vezet. ("Az anya szégyenének – a gyerekek – saját szégyene lett". – Ezen momentumban a transzgenerációs transzmisszió is megjelenik .)

A kötődés problematikájára utalnak a következő képek.

Hipnózisban házat imaginált. Spontán korregresszió során, 5-6 évesként a gyerekkori szülői hálót látta, kihült vaskályhával. Szeretett volna külön szobába menni, de amikor erre kísérletet tett igen erőteljes szeparációs szorongás vett rajta erőt. A páciens 14 éves koráig a szülők között aludt, az anya így akarta őt megvédeni az apa "agressziójától". (Az apa egyébként gyermekeit soha nem bántotta, csak feleségével volt durva.)

Többek között *Mahler* (1975) is lényegesnek tartotta az apa szerepét a pre-oedipális időszakban, mint aki kevésbé ambivalens az anyánál. *Stoller* (1979) szerint az apa potenciálisan védőpajzsként szerepel, hogy megvédje a gyereket az anya azon vágyától, hogy prolongálja a szimbiózist. Jelen esetben a családban perifériás helyzetben levő apa nem volt képes erre a szeparációs-individuációs folyamatot facilitáló szerepre.

"Affect bridge" technikával próbálkoztam tovább ("a szorongásérzés nyomán menjen vissza a múltba"). Korregresszióban először egy 14 éves kori emlék került elő, amikor karácsonykor lázasan, betegen otthon kellett maradnia az állatokat gondozni, miközben a család Magyarországra utazott. Ezután hipnózisban több emlék bukkant fel, ahol intenzív szeparációs szorongást élt át. Így egy 8 éves kori kép, amikor anyja sírva, üvöltve közli vele, hogy az apának szeretője van. Az apa el akart költözni, az anya késsel szuicidumot kísérelt meg, a páciens pedig megélte, hogy elvesztheti szüleit. A következő egy 5 éves kori családi

ebéd, ahol csupán nővérének vele egykorú lányával törődtek, s vele nem. Végül pedig egy egyéves kor körüli kép bukkan fel, amikor mindent sötétnek érzett, zuhanást, szorongást élt meg, mert a feketébe öltözött, ijesztő arcú nagymama leejtette. Bátorítottam, írja újra az eseményt, tegye meg, amit akkor nem tudott. Erre a felhívásra sírni, könyörögni kezdett a nagymama szeretetéért, hiszen nem tehetett róla, hogy nem ő, hanem az ikertestvére halt meg. Miután a beteg "dolgozott a képen" az ülés során fokozatosan meleggé, barátságossá vált a nagymama képe, s átélte karjának biztonságos ölelését.

A páciens által hozott képben, a zuhanásban szinte kézzelfoghatóak *Hermann Imre* nézetei a megkapaszkodási ösztönnel és annak frusztrációjával kapcsolatosan, illetve az ezzel sokban rokon *Bowlby* (1982) által konceptualizált kötődélmélet. Az attachment kapcsolat optimális esetben aszimmetrikus, komplementer. Ha megszűnik ez a komplementaritás, mindkét fél a kötődő szerepét játssza, szerep-visszafordítás jön létre, a gyerek sokszor a szülő tudattalan projekciójának alanya lesz. Jól érzékelhetők az anya tudattalan elvárásai; látszólag gyermekét akarja megvédeni az agressziótól, mely mögött saját maga gyermeke általi megvédetésének igénye húzódik. Emellett érezhető a női szerep háritása is. A beteg megélte azt, hogy az anya kisajátítja őt, másrésztől viszont mégis jó volt a közelében lenni, mindez valamelyest biztonságot jelentett. A szoros és igen ambivalens kötődés nem tette lehetővé számára az anyáról való leválást. Érzékelhető mindebben, hogy kötődés ignoráció, sőt rossz bánásmód ellenére is kialakul. Mindez persze befolyásolja a későbbi kötődések minőségét, és nem utolsósorban az agressziókezelés formáját.

A depressziós anya agresszióknak minősítette a gyermek (páciens) autonómia törekvéseit célzó viselkedését, ezt háritotta, s így nem nyújtott segítséget az agresszió-regulációjának megtanulásához. A beteg egész életét jellemezte az agresszió kezelésének nehézsége, soha életében nem volt képes anyjának ellent mondani, egészen a terápiába kerülése előtti karácsonyig. Ekkor anyja késsel krumplit hámozott, közben szidalmazta az apát, a páciensben egyre nőtt a feszültség, s életében először kiabált anyjával. A patológiás kötődésnek köszönhetően ezután sem könnyebbült meg, gyötörte a lelkiismeret, egyre több szomatikus panasza lett, s végül olyan kényszergondolata támadt, hogy a kést magába vagy gyerekekbe szúrja. Érződik az agresszió csatornázásának megoldatlansága. A tünet a páciens

kísérlete a kontroll visszaszerzésére, másrészt az önsértés a trauma preverbális szelf-érzetekben őrzött emlékének újraélése, ismétlése, ehhez kapcsolódhat, hogy újra és újra áldozattá válik. (Tényi, 1996) Az egyetlen megoldás ebben az időszakban az autóagresszió, hogy a splitting során alkotott és introjektált rossz szelf-képet eltüntesse, (saját testének sértésével az anyai mentális állapotot attackolja), illetve másik végletként azonosuljon az agresszorral. A korai dezorganizált attachment kapcsolat következményeként a gyermekben szimultán kialakulhat a megmentő, az áldozat és az üldöző szelf-reprezentáció. A splitting lehetővé teszi ugyan mások állapotainak mentalizálását, ez azonban pontatlan és szimplifikált, s csak az illúzióját kelti a mentalizálás révén kialakult interperszonális kapcsolatnak. (Fónagy, 2000)

Néhány kép, amely tükrözi az agressziókezelésében történt változást.

Patakot állítottunk be, amiből folyó lett, kértem próbáljon a torkolathoz, a tengerhez eljutni. Kezdetben piszkos, zavaros volt a folyó, aztán megjelent egy vízsűrítő-berendezés, amelyen egy férfi hulla akadt fenn. Kiderült, hogy ez a vele erőszakoskodó régi erdélyi főnöke. Jó érzéssel megszemlélte, megrugdosta és tovább ment. Eljutott a hűvösödő tengerpartra. A következő hipnózisban a tengerparti képet hoztuk vissza. Nyár van, kényszert érzett, hogy a vízbe menjen, de feszült, rossz érzésekkel teli. A víz alatt egy fekete búváruhába öltözött alak formájában felismerte az őt megerősztató fiút. Néhány szót váltottak, de a búváruhá (ellenállás) nem került le. Kijött a vízből, de a következő hipnózisban spontán ugyanerre a helyszínre tért vissza, "hisz van még elintéznivalója". A parton maradt, a búvárt hívta ki, rávette vegye le a ruháját. Fokozatosan szót értenek, képes már a megbocsátásra.

Mindez persze csak azután vált lehetségessé, hogy korábban hipnózisban átélte az anyával-nagymamával való kapcsolat megváltozását, a biztonságot.

A terápia során többször "állítottunk be" házat, mely a személyiség felépítését jelképezi. Legutolsó "háza" új, még nincs bevakolva, de szépen felépített, ízlése szerint berendezett. A kandallóban tűz lobogott, s a korábban még üres hálószobában pedig franciaágy. A reális életben képes volt egy nem túl szoros, szexualitást is tartalmazó partnerkapcsolat kiépítésére, ovodában dadaként helyezkedett el, sok öröme van a gyerekekben, de saját gyermeket semmiképpen nem vállalna.

A fentiek talán rámutatnak a hipnoterápia hatásmechanizmusára, ahogy

a lehasított énrészek újraintegrálása lehetővé vált, s ezzel párhuzamosan a páciens az agressziókezelésben is lépett előre.

### **Összegezve:**

Rámutattam a gyermekkori bántalmazás jelentőségére a borderline személyiségzavar kialakulásában illetve a hipnoterápiás átdolgozás sajátosságaira (Gáti, 1988, *Trixler, Gáti, Tényi*, 2000, *Gáti*, 2002 ). Egyik legfontosabb terápiás célnak a mentalizációs folyamat aktiválását tekintjük, mely tapasztalatom szerint a hipnoanalitikus módszerek alkalmazásával lehetővé válik.

**6. Az abúzus szerepe a pszichoszomatikus betegségek jellegzetes képviselőjében, az evészavarban. Egy korábban ismeretlen bántalmazási forma (Interneten keresztül) bemutatása egy eset kapcsán.**

Az utóbbi években egyre nagyobb számban előforduló evészavaros betegek kezelése során felmerülő igen komplex problémakörből a dolgozatban kizárólag a traumás élményeket, illetve az azokhoz szorosan kapcsolódó kérdéseket érintem.

Már az 1980-as években számos közlemény, - elsősorban esetismertetés - hívta fel a figyelmet a bántalmazások (különösen a fizikai és szexuális abúzus) és az evészavarok közötti lehetséges összefüggésre (Goldfarb, 1987; Kearney-Cooke; 1988, McFarlane és mtsai, 1988; Torem, 1986). Ezt követően egyre több vizsgálat igazolta a traumás élmények szerepét, nem csupán evési zavarokban, de számos más pszichiátriai betegségben is. Kezdetben klinikai mintákon történtek a vizsgálatok, később a kutatások kiterjedtek nem klinikai populációra, elsősorban különböző iskolai csoportokra is (Calam és Slade, 1994; Bailey és Gibbons, 1989; Kinzl és mtsai, 1994; Schaat és McCanne, 1994).

Az első nagy felmérés 1985-ben Oppenheimer és mtsai ('1985) nevéhez fűződik, akik 78 járóbetegként kezelt, evészavarban szenvedő nőt vizsgáltak. Leírásuk szerint a páciensek 70%-a számolt be gyermek- vagy adolescens kori szexuális erőszakról. Hall és mtsai (1989) úgy találták, hogy míg az általuk vizsgált 158, evészavarban szenvedő beteg 50%-ban számolt be szexuális erőszakról, addig a 86 fős kontrollcsoport csupán 28%-ban. Steiger és Zanko (1990) 73, evészavarban szenvedő beteget hasonlított össze 21 egyéb pszichiátriai beteggel és 24 egészséges egyénnel. Míg az első és második csoportban a szexuális bántalmazás 30%-ban, illetve 33%-ban fordult elő, addig az egészségeseknél csupán 9%-ban. Waller (1991, 1993) 100, evészavarban szenvedő beteg között 50%-os prevalenciát talált az erőszakos szexuális élmények vonatkozásában, és vizsgálatai szerint ez az érték

szignifikánsan magasabb bulimiában, mint restriktív anorexiában.

Az utóbbi két évtizedben ismét az érdeklődés előterébe került a 19. században *Pierre Janet* által már felvetett kapcsolat a traumatikus élmények, a disszociáció és a pszichiátriai betegségek széles skálája, - így az evészavarok - között. *Torem* (1986) 30, evészavarban szenvedő beteg közül 12-nél észlelt disszociatív állapotot. *Demitrack és mtsai* (1990) 30, evészavarban szenvedő beteget hasonlított össze 30 egészséges egyénnel, s szignifikánsan magasabb értékeket találtak a disszociatív vonásokat illetően. *Herzog és mtsai* (1993) 20 beteget vizsgálva leírták, hogy azoknál akiknél szexuális bántalmazás volt az anamnézisben, szignifikánsan magasabb értékeket találtak a disszociációt jelző skálán. *Vanderlinden és Vandereycken* (1993, 1993) 100 beteg vizsgálata kapcsán vetette fel a kapcsolat lehetőségét a trauma súlyossága és a disszociatív jelenségek gyakorisága között. A kérdéskör vizsgálatáról magyar szerzők is beszámoltak (*Osváth és mtsai*, 1998).

Áttekintve a traumás előzmények és a disszociáció előfordulására vonatkozó adatokat, ezek evészavarokban betöltött szerepét illetően nem könnyű egyértelmű következtetést levonni. A legtöbb vizsgálat kizárólag a szexuális traumára fókuszált, holott a tapasztalatok azt mutatják, hogy az elégtelen szülői gondoskodás, szignifikáns személyek elvesztése, a fizikai bántalmazás egyéb formái és az érzelmi elhanyagolás egyaránt szerepet játszanak az evészavar kialakulásában. Az időnként szélsőséges adatok feltehetően a módszerbeli tényezők különbözőségével magyarázhatók. (A vizsgálati minták heterogenitása, például a kezdet, a súlyosság, a komorbiditás vonatkozásában). Gyakran nem egységes a trauma, a szexuális bántalmazás fogalmának definíciója sem. Sokan csak a gyermekkori szexuális bántalmazást vizsgálták, mások beleértették az adolescens kori, kortársaktól elszenvedett traumás eseményeket is. Egy másik nagyon fontos és egyúttal igen komplex tényező, melyet a legtöbb vizsgálatban figyelmen kívül hagytak, az abúzus súlyossága és tartama. A súlyosság értékelése igen bonyolult feladat, végső soron az áldozat szubjektív élménye dönti el. Ugyancsak fontos a vizsgálatok során annak tisztázása, hogy a trauma feltárásakor az abúzus elszenvedője milyen reakciót kap a környezetétől. A megértés hiánya vagy az elutasító



reakció legalább olyan traumatikus lehet (szégyen), mint az elszenvedett bántalmazás maga. A szexuális abúzus vizsgálatokor a vizsgáló személyes sajátosságai (neme, érintett-e a terápiában), a vizsgálat időzítése (a terápia előtt, alatt vagy után), az adatgyűjtés módszere mind befolyásolhatják az eredményeket. Ezen túl pedig szerepet játszanak az emlékezőtorzítással, indukcióval összefüggő problémák, különösen ebben az érzelmileg labilis és sérülékeny betegcsoportban. Mindezeket a metodológiai problémákat is mérlegelve az eddigi vizsgálatok főbb eredményei *Vanderlinden* (1997) szerint a következőképpen foglalhatók össze:

Evészavarban szenvedő nők jelentős részében találtak szexuális abúzusra vonatkozó adatokat. Megközelítően 20-50% között számoltak be gyermekkori szexuális bántalmazásról, bár hasonló adatokat észleltek más pszichiátriai páciensekben is. Az átlag női populációhoz viszonyítva azonban az abúzus előfordulása magasabb. Az eddigi adatok alapján úgy tűnik, hogy a bulimiában szenvedő páciensek esetében a szexuális bántalmazás aránya magasabb, mint restriktív anorexiában, gyakoribb a komorbiditás, különösen a borderline típusú személyiségzavar (multiimpulzív alcsoport) és a disszociatív tünetek. Mindedig nem sikerült azonban specifikus vagy közvetlen összefüggést demonstrálni a szexuális abúzus (vagy más traumás élmények) és a későbbiekben kialakult evészavarok között. A rendelkezésre álló kutatási adatok és a klinikai tapasztalatok alapján általános következtetésként levonható, hogy súlyos szexuális és/vagy fizikai abúzus gyermekkorban és korai adolescens korban az egyén számára mindenképpen rizikót képez pszichiátriai betegségek kialakulására, beleértve az evészavarokat is (1997).

A szexuális abúzus és az evészavarok közötti összefüggés megértését multidimenzionális modell segítheti elő, mely figyelembe veszi az egyén funkcionálási szintjét a trauma előtt (életkor, vulnerabilitás a bántalmazás megtörténtekor), a családi háttérrel, képzettségi szintet, a traumatizáció természetét (szexuális és/vagy fizikai abúzus), súlyosságát, tartamát, a traumára adott eredeti választ, a gyermek coping mechanizmusait és a szülők reakcióit.

Ma már általánosan elfogadott, hogy a pszichoszomatikus betegségek, így az evészavarok kezelésében a pszichoterápiák nem nélkülözhetők, több módszer hatékonyságát igazolták. Leginkább a kognitív és viselkedésterápia, a dinamikus megközelítés, a családterápia és a különböző orientációjú csoportterápiák terjedtek el. Az evészavarban használatos pszichoterápiák történeti áttekintéséről több összefoglalót olvashatunk (*Vandereycken, VanDeth* 1994, *Túry, Szabó*, 2000). Az egyes pszichoterápiás formákról, stratégiákról, ezek célkitűzéseiről számos kiváló külföldi és hazai irodalom áll rendelkezésre, ezek közül csupán néhány magyar szerzőre utalok (*Vetró*, 1984; *Rátay*, 1987; *Dévald*, 1993; *Riskó*, 1993; *Kelemen*, 1995; *Tölgyes*, 1996; *Wildman és mtsai*, 1996).

Mivel az evészavarok tüneteinek háttérében álló pszichodinamikai tényezők igen sokszínűek, a terápiás megközelítésben is integratív megközelítés szükséges, amely lehetővé teszi az "egyévre szabott" terápiás stratégiát. Tapasztalataink alapján kiemeljük a pszichodinamikus megközelítés fontosságát, különösen a hosszabb ideje fennálló tünettannal bíró betegek terápiájában. Ezekben az esetekben a biológiai vulnerabilitás mellett a szerteágazó szociálpszichológiai tényezők között jelentős szerepe lehet a korábban elszenvedett bántalmaknak, így a szexuális abúzusnak, valamint annak a kapcsolati rendszernek, azoknak a kötődési mintáknak, melyek mindehhez táptalajul szolgálhattak.

A következőkben egy terápia vázlatát ismertetem, amelyekben a fentieket szeretném alátámasztani és a felhívom a figyelmet bántalmazás egy speciális formájára, mely már korunk számítógépekkel, Internettel átszőtt világának produktuma, s mellyel a jövőben potenciálisan számolni kell.

A nemzetközi és a hazai pszichiátriai irodalomban egyaránt szaporodnak az Internet használatával kapcsolatos közlések (*Paál*, 1995; *Fábián*, 2000; *Füzéki*, 2000; *Nyikos és mtsai*, 2001). A közlemények egy része az Internet által nyújtott lehetőségekkel, pozitív hatásokkal foglalkozik, például az egészségügyi felvilágosítás területén (*Borzekowski és Rickert*, 2000). *Seemann és mtsai* (1990) "psybertherapy" elnevezés alatt az Internet, mint a világra kiterjeszhető telemedicina lehetőségét elemzik a pszichiátriában,

pszichoterápiában. Az előnyök mellett egyre több közlemény jelenik meg a túlzott Internet használatról, s ennek negatív következményeiről. A szakirodalomban kidolgozásra került az "Internetfüggőségnek", mint a viselkedési addikciók új formájának tervezete. Ez azonban korántsem általánosan elfogadott nozológiai kategória, jelenleg olyan új felvetésnek tekinthető, mely további vizsgálatokat igényel. Az elnevezés félrevezető, mert nem hozható analógiába a kémiai szerfüggőségekkel, inkább az impulzuskontroll zavarokhoz, - mint pl. a kóros játékszenvedélyhez - mutat hasonlóságot. Több közlemény foglalkozik az Internetfüggőséghez vezető személyiségváltozásokkal illetve a túlzott Internet használat hatásával a személyiségre (Nyikos, 2001). Egyre nő az érdeklődés az Internet által közvetített, gyűlöletkeltésen alapuló ún. "cyberhate" kriminalisztikai és pszichiátriai vonatkozásai iránt (Deirmenjian, 2000.). Kevés vizsgálat van viszont az adollescensek Internet használatára és annak viselkedésbeli hatásaira vonatkozóan (Strasburger és Donnerstein, 2000). Ugyanakkor ismert, hogy az on-line Internetes kapcsolatok a szexuális tartalmak és erotikus társalgások talajává váltak (Bringham és Pietrowski, 1996). Az Internet a szexuális kontaktus kezdeményezésének új formáját jelenti és egyúttal nagyban elősegíti szexuális vágyak kommunikálását (Lamb, 1998; McFarlane és mtsai, 2000). Ennek ellenére nem találtunk közlést az Internet által közvetített szexuális abúzusról és annak pszichopatológiai következményeiről. Miután ebben az esetben a bántalmazás fizikai formája nincs jelen, a szakirodalomban elsőként közölt esetünk (Gáti, Tényi, Túry, Wildmann, 2002) azt bizonyítja, hogy az abúzusok csupán érzelmi formája is elégséges az arra hajlamosított személyiségben a klasszikus szexuális abúzus pszichopatológiai következményeinek kiváltására.

A 18 éves jó tanuló, jó sportoló lány egy "hajtós" pécsi gimnáziumban érettségi előtt állt. Szorongással és depresszív tünetekkel társuló kóros soványságát az iskolaorvos vette észre. A két éve még 169 cm-es, 65 kg-os fiatal lány 41 kg -ra fogyott a vidéken élő értelmiségi szülők számára szinte észrevétlenül. Hónapok óta nem menstruált. Terápiába kerülésekor a hét közben az apai nagymamánál lakó betegnél csaknem minden, a restriktív anorexia nervozára jellemző tünet és játszma kialakult már. A család és a beteg közötti, reménytelennek tűnő küzdelem mindennapossá vált. A nyugdíjas főnövér nagymama igazi "főnéniként" akarta megmutatni, hogy meg tudja "tömni", fel tudja hizlalni unokáját. A szülők számára a probléma akkor vált

igazán nyilvánvalóvá, amikor a páciens a csuklóján metszéseket ejtett. Az önsértés háttérében ebben az időben elsősorban a szorongással, reménytelenségérzéssel társult depresszív állapot, egyfajta "cry for help" állt, illetve az önkontroll érzésének visszaszerzésére irányuló törekvés.

Az állapot súlyossága miatt az ambuláns kezelés nem tűnt lehetségesnek, ezért fekvőbetegek evészavar-részlegére került felvételre Miskolcon. A kezdeti stádiumban a kezelés szükségességének elfogadtatása, a bizalomteli légkör kialakítása, a winnicotti értelemben vett "holding" volt a cél. Az osztályos keretek által nyújtott strukturált, elsősorban magatartásterápián alapuló módszerek (videokonfrontáció, csoportterápiák) mellett hamarosan családterápiára került sor. Ennek szükségességét az indokolta, hogy feltűnő volt az anya erősen involvált, overprotektív viselkedése és az apa kissé periférikus helye a családban. A generációk közötti feszültségre utalt az anyai nagymama szerepe is - mindegyik később az egyéni terápia során méginkább fény derült. A beteg autonómia-törekvései gátoltak voltak. Az öt ülésből álló családterápiás folyamat során a szülők közötti kapcsolat erősödésével az anyai overprotektivitás csökkent, a páciens szeparációs-individuációs folyamata előtérbe kerülhetett. Mindezzel párhuzamosan menstruációja visszatért, testsúlya fokozatosan gyarapodott, a felvétele után hat héttel bekövetkező távozásakor 47,2 kg.

E komplex terápiás munka lehetővé tette, hogy ambuláns formában folytatódjon a kezelés, most már elsősorban az individuális terápiára fókuszálva. A körülmények szorítása (érettségi, külföldi egyetem) bizonyos értelemben kompromisszumokra készítette az egyéni terápiás stratégiát. Ez részben az ülések gyakoribbá válását jelentette (heti 3 alkalom), részben a konfrontatív technikákkal való óvatosabb bánásmódot. A cél ebben az időszakban a beteg terápiában tartása mellett a személyiség integritásának megőrzése volt, illetve az, hogy az anorexiásoknál oly fontos önkontrollézés ne kerüljön veszélybe. Mindezek miatt a módosult tudatállapotban végzett katótím imaginatív pszichoterápia módszerét (KIP) választottuk. A *Leuner* által kidolgozott alapképeket használva lassan két, egymással kapcsolatban álló csomópont rajzolódott ki. Fokozatosan, kezdetben csak szimbólumokon keresztül, felvázolódott a trauma vagy traumák láncolatának lehetősége, s

körvonalazódott a kötődés transzgenerációs vonásoktól sem mentes problematikája, alátámasztva azt a jól ismert tényt, hogy az attachment zavara növeli a vulnerabilitást a későbbi, akár szexuális jellegű traumák számára (Fónagy, Target, Gergely, 2000).

A traumát jelző néhány kép, csupán utalásszerűen: 1/ hosszú, keskeny, henger alakú, sérülést okozó rozsdás konzervdoboz - 2/ folyó, melybe csövön keresztül bűzös folyadék ömlik, "mintha belém öntenének valami mérget", asszociál, s parafa dugóval elzárja a csövet, - egyelőre az elhárítást választva - 3/ az ösztönvilágot jelképező pincébe nem képes lemenni, szorong - 4/ a havas hegyen vérnyomok, melyről elgázolt cicája jut eszébe, kinek hasonló volt a természete az övéhez.

Ezen képek átélése, a rajtuk történő munkálkodás tette lehetővé, hogy éber asszociációi során kimondhatóvá vált a két évvel korábbi szexuális trauma. Internetes kapcsolatot létesített egy magát fiatalnak bemutató férfival, akivel a viszony egyre erotikusabbá vált. A hálózaton megélt érzelmek, a szexuális érzések átélése a beteg elmondása szerint számára nem különbözött a reálistól. Végül a férfi az Interneten keresztül olyan szexuális játékokra akarta kényszeríteni, ami a betegnek már elfogadhatatlan volt. Kiderült az is, hogy a férfi jóval idősebb. A páciens a kapcsolatot meg akarta szakítani, de nehezen szabadult, hiába cserélgette neveit, a férfi magasabb szintű számítógépes tudásával nyomozott utána, üldözte. Számítógépfüggése miatt jó ideig képtelen volt arra, hogy kikapcsolja a gépet, hiszen már két éve hétvégeken miután hazautazott, péntek délutántól vasárnap estig "chattelt", s egész héten a gimnáziumban erre várt, ez "éltette". A betegben az üldözöttség érzése keveredett a szégyennel és büntudattal. Ezt követően az addig viccelődő, vidám lány a fiúkkal szemben becsukódott, teljesen elutasító lett és lassan elkezdett fogyni.

Az alábbiakban a terápiából kiemelünk néhány motívumot, mely megítélésünk szerint érzékelteti azt a hátteret, kapcsolati rendszert, és kötődési mintákat, melybe a fent leírt trauma ágyazódott.

1/ rét friss fűvel, de kiszáradt talajon, 2/ tiszta forrás, mely igen nehezen érhető el, magas sziklából fakad, 3/ romos ház és konyha, kihűlt kandalló.

A családon belüli kapcsolati rendszert világítja meg az "állatcsalád" imaginációja, melynek a tigris apa, anya és tigrisgyereken kívül egy oroszlánkölyök is a tagja. Az anya

fogadta be, de az apa képtelen elfogadni őt, az anya pedig nem védi meg. Egyetlen lehetőség az oroszlánkölők számára, ha megmutatja az apának, hogy méltó társa a vadászatban. ("Elismerése fejében okosságra ítélték", ahogy Alice Miller "Gyermeksorsok" c. könyvében sommázza.)

A képben sejthető, hogy a beteg elfogadást kizárólag teljesítménye révén remélt a családban. Nem élte meg a biztonságos kötődést. Tetten érhető *Kohut* és a mai szelf-pszichológusok megfigyelése, miszerint a szülők részéről jelenlévő ismétlődő empátiás hiba miatt a gyerek hibásan alkalmazkodik a szüleihez, ez akadályozza az egybeforrt szelf kialakulását. Míg a bulimiás alulstimulált szelffel rendelkezik, az anorexiás szelfje fragmentált, túlstimulált lesz (*Karterud, Monsen, 1999*). Az affektus-összehangolás ismételt elmaradása eredményeként nem alakul ki a szelf-érzet szabályozás, így az egyén számára az érzelmi élmények részben ismeretlenek, részben fenyegetőek, nem integrálódnak a szelf-rendszerbe. Betegünk esetében is megfigyelhető, hogy az evészavarban szenvedőkhöz hasonlóan nehézségei vannak affektusainak, (így az agresszióknak) ellenőrzésével, differenciálódásával, modulálásával. Következő képei, asszociációi a bontakozó női identitás ösztöntörekvéseinek letiltására utalhatnak.

Egy magányos, kívül elégett, száraz ("talán villám sújtotta?" - mondja), belül élő fa kapcsán úgy érzi saját érzései jelenítődnek meg. Korábbi legjobb barátjánője jutott eszébe, akivel "szinte egyek" voltak, s akitől kamaszkorában eltiltották, mert "laza életet élt, fiúzott és nem tanult rendesen".

Ekkor beszélt anyai nagyanyjáról is, akiről családon belül az a hír járta, hogy fiatalabb korában erkölcstelen életet élt, ebben kislánya, betegünk anyja annak idején akadályt jelentett, s így soha nem volt jó a kapcsolat a két nő között. A nagymama egy ideje a családdal élt, mert betegeskedett. A páciens úgy érezte, ideköltözésével ő háttérbe szorult, szüleit csak iskolai jegyei érdekelték, azt sem vették észre, hogy közben 41 kg lett. Kötöttséget, feladatot jelentett a nagymama, ezt nem csupán a beteg, de az anya is rosszul viselte. Mindezt nehezítette, hogy a páciens megélte, az idős nő mennyire képes apját manipulálni, akivel jó kapcsolatban volt. Érzékelte, milyen sok probléma van anyja és nagyanyja között, rettegett attól, hogy anyja és a közte lévő viszony is

így alakul majd, s ez agressziókezelési problémáját csak kifejezettebbé tette, soha nem mert ellentmondani. Bűntudat gyötörte, mert sokszor kívánta nagyanyja halálát. Újraéledtek rivalizációval keveredett szeparációs érzései, melyeket 2 éves korában már átélt, amikor a nagymama combnyaktörés miatt néhány hónapig náluk lakott, s akkor a helyzetből anyjában keletkező frusztráció gyakran rajta csattant. Először beszélt arról a családi titokról, melyet nemrég fedtek fel előtte, vagyis, hogy anyjának nem a nagymama férje volt az apja. Ezt az anya is csak kamaszlányként, idegenektől tudta meg, s soha nem volt képes saját anyjával beszélni erről. (Az idős nő a terápia ideje alatt halt meg.) A nagymamának házassága alatt végig kapcsolata volt azzal a családos kollégájával, aki a "biológiai apa". Az akkor még semmiről sem tudó anya emlékszik a "bácsi" gyakori látogatásaira, s arra, hogy ilyenkor az anyja és nagyanyja között veszekedések zajlottak. Kiderült az is, hogy a beteg miskolci kezelése alatt kapott egy levelet anyjától, amiben az bevallotta ("nehogy másoktól tudja meg"), hogy a páciens születése előtt, de már házassága alatt volt egy komoly kapcsolata, amiről a család érdekében, "nagy áldozatok árán" mondott le. A betegben pedig azóta is ott bujkál a kétség, az akkor megfogalmazódott félelem, amiről eddig nem mert beszélni, "vajon ki is az ő apja, nem jár-e majd úgy, mint annak idején édesanyja?" A kapcsolati minták transzgenerációs megjelenése és a biológiai vulnerabilitás együttes megjelenését jól alátámasztják az anyától nyert heteroanamnesztikus adatok, mely szerint a nagymama unokájának betegsége kapcsán elárulta, hogy fiatal korában éveken át bulimiás volt. Fontos adalék az is, hogy az anya gimnazista korában mintegy másfél éven keresztül anorexiában szenvedett (amenorrhéával), azidőtájt, amikor családos tanárával volt szexuális kapcsolata. A nagymama támogatta ugyan ezt a kapcsolatot, de amelynek a beteg anyja véget vetett.

Az alábbiakban egy ülés ismertetésével adunk ízelítőt arról a módosult tudatállapotban történő folyamatról, melynek során a beteg nem ritkán a jungi kollektív tudattalan archaikus képeivel dolgozott, és jutott előrébb a problémák feldolgozásában.

A hegyről lefelé jövet piros nyíl vezet egy kezdetben megközelíthetetlennek tűnő

meredek sziklafalhoz. Később egy sziklába vájt lépcsősor körvonalazódik, mely egy barlanghoz vezet. Bent egy régóta nem használt tűzrakóhely, és valami ősi beavatási szertartás képei a falon. Hirtelen hosszú, fekete csuklyás ruhában egy öregasszony jelenik meg ráncos, vértelen kezekkel és arccal, könyörgő tekintettel, mely az időközben elhunyt nagymamára emlékezteti. Megragadja a beteg karját azzal, hogy mutatni akar valamit. A páciens rémülten követi. Egy II. világháborús jelenetben felismer egy katonát, akit már látott egy régi fényképen, s aki a nagymama nagy szerelme, első férje volt, aki rövid házasság után a háborúban meghalt. Jól elbeszélgetnek, s a férfi biztató szavai után elbúcsúznak. Ismét megjelenik a nagymama, már nem olyan hideg a keze, simább az arca. Most a beteg kéri mutasson még valamit. Egy másik járatban spontán korregresszióban kellemes melegséget és biztonságot adó kisgyermekkorai élményeket él át édesanyja és bátyja társaságában. Ezután a nagymama arca már élénkebb, vérrel telt, a barlang is melegebb. A "bölcös öregasszony" kivezeti, "most már láttál mindent, csak akkor gyere, ha kedved tartja" szavakkal útjára engedi.

A hat hónapig tartó terápia során sikerült a páciens szülőktől való leválását, autonómia törekvéseit támogatni, ezzel erősíteni azt az érzését, hogy életét, sorsát is képes kontrollálni, nem csupán étkezését. Feldolgozta nagyanyjával kapcsolatos bűntudatos érzéseit. Ezzel párhuzamosan megindult a felnőtt női identitás elfogadásának rögzös, anyja és nagyanyja által is megszenvedett útján. Talán ezt bizonyítja, hogy közel egy éve külföldön tanul, súlya normális (50 kg fölötti), partnerkapcsolata van. E-mailen rendszeresen beszámol sorsának kedvező alakulásáról.

### **Összegezve:**

Ráműtattam (*Gáti, Tényi, Túry, Wildmann, 2002, Gáti, 2002*), hogy a trauma ténye gyakran csak pszichodinamikusan orientált egyéni terápia keretében kerülhet felszínre, hiszen erre a kognitív-magatartásterápia, vagy akár a rendszerszemléletű családterápia is kevésbé ad lehetőséget. A jobb prognózis érdekében alapvetőnek tartjuk ezeknek a traumáknak a feldolgozását, (re)integrációját, s ezzel párhuzamosan a beteg jobb coping stratégiákhoz segítését. Esetünkben is jól érzékelhető volt hogyan épült egymásra a fekvő- és járóbetegellátás, a család- és egyéni- terápia. Véleményünk szerint az osztályos háttér strukturáltsága és különösen a családterápia során megindult változások tették lehetővé, hogy az egyéni terápiában felszínre került az a központi pszichodinamikai tényező, hogy



betegünk Internet-abúzus áldozata. Az egyéni terápia hatékonyságát nagymértékben elősegítette, hogy az elsősorban módosult tudatállapotban történt.

## **7. A traumatikus tapasztalat intenzív terápiás, művészetterápiás és hipnoterápiás megközelítéséről és feldolgozásáról**

### **a. A pszichózisok intenzív pszichoterápiájáról**

A szkizofrén pszichózisok pszichoterápiás befolyásolásának lehetőségét *Bleuler Freud, Jung*, munkássága alapozta meg. Kidolgozásában számos más analitikus is jelentős szerepet játszott. *Jung* 1907-es, dementia praecox-ról szóló monográfiájában először tett kísérletet az addig érthetetlennek tartott pszichotikus tünetek megértésére és analitikus elemzésére. A pszichózisok pszichoterápiája azonban több ponton alapvető vonásokban különbözik a neurózisok pszichoterápiájától (*Trixler, Tényi, Gáti, 1992, Trixler, Gáti, Tényi, 2000*). A kiindulási alapot a betegek én-struktúrájában fellelhető alapvető különbség jelenti.

A pszichotikus beteggel kiépítendő kapcsolat mibenlétét az ezzel foglalkozó terapeuták különbözőképpen fogalmazzák meg. A dolgozat kereteiben lehetetlen áttekinteni a pszichózis pszichoterápiával foglalkozók munkásságát, csupán azon néhány kutató kiemelésére nyílik lehetőségem, akiknek elméleteit mi is integráltuk az osztályos keretek között folyó egyéni és csoportos munka során, illetve amely koncepciók lehetőséget biztosítottak arra, hogy tapasztalatainkat, a pszichoterápiás kutatás során nyert tudományos eredményeinket koherens - elsősorban dinamikus pszichiátriai elméleti - keretek között közölhessük.. *Sullivan* (1962) részesedésről (participation) beszél, *Searles* (1963, 1965) terápiás szimbiózisról mint elérendő célról. *Gaetano Benedetti* (1980) szerint a terápiás kapcsolat lényege, hogy a terapeuta képes legyen belépni (entrance) a beteg patológiás világába, részesedjen belőle, legyen képes megosztani betegével annak szimbiotikus világát és egyúttal saját kreatív fantáziáit is. A patológiás világ elfogadásával, a benne való részesedéssel a terapeuta saját személyével és élményvilágával a külső realitást viszi a kapcsolatba és az épen maradt én-részek támogatásával lehetősége nyílik a személyiség reintegrációjára. (*Trixler, Gáti, Tényi, 2000*).

Csoportterápiás munkánk mind konceptuálisan, mind szervezetenként szervesen kapcsolódott a szkizofrén páciensek individuális pszichoterápiájának gyakorlatahoz (*Tényi, Trixler, Koltai, Gáti, 1991*). Az általában 2-3 terapeutával és 6-10 beteggel dolgozó csoportok a szimbolikus konkretizáció (*Arieti, 1974*) közegében zajlottak. Ugy találtuk, hogy az archaikus gondolkodási-nyelvi munkamódok megosztása segítség betegeink számára, a szimbolikus realizálás (*Sechehaye, 1951*) nem tesz szükségessé pszichogenetikus értelmezést, az intrapszichés koherenciához segítő strukturális, operacionális (*Benedetti, 1987*) interpretációk a szimbolikus közegen belül evidenciaélményt nyújtanak. A szimbolikus sik elérése egyrészt spontán módon, a közeg kínálta szemiotikai sajátosságok (konkretizáció, szimbolizmus, inkoherencia, verbigeráció) mentén történt, másrészt *Bour (1972)* metodikájának elemeit integrálva ún. szimbólumkatalizátorok segítségével szimbolikus indukciót alkalmaztunk. Így csoportjaink egy részén különböző archaikus, archetipális jelentéssel is bíró tárgyakra, illetve az azzal kapcsolatos asszociációs anyagra összpontosítjuk figyelmünket.

Tapasztalataink azt támasztották alá, hogy a szkizofrén páciensekkel folytatott csoportterápiás munka lényegi eleme, hogy betegeinkkel el kell érniük, létre kell hoznunk egy olyan lélektani teret, amelyben a kontrollált regresszió mentén a pszichotikus valóság megosztható, fokálisan, elemeiben átdolgozható (*Tényi, Trixler, Koltai, Gáti, 1991, Trixler, Gáti, Tényi, 2000*). Felfogásunk szerint döntő, hogy a betegek a csoportot biztonságosnak, befogadónak, megtartónak érezzék a winnicotti "holding" funkciónak megfelelően. Ennek feltétele, hogy az interpretációk gratifikáló jellegűek legyenek (*Modell, 1978*).

Tapasztalataink szerint, ha a terapeuták képesek identifikációs sémát nyújtani a valóságelv szintjeinek oszcilláltatására, a pszichotikus csoport egyfajta "mintha valóságnak" megfelelően kezd dolgozni, a szimbiotikus deficit átdolgozása a winnicotti "potenciális térben" (*Winnicott, 1971*) folytatható. A csoporttal kapcsolatos anyai áttétel kezelésének és a potenciális tér létrejöttének összefüggése azért központi jelentőségű, mert – a korábbiaknak megfelelően – a tranzicionális viszonyulás internalizálásával mód nyílik a realitáskontroll

oszilláltathatóságával való azonosulásra, így fejlettebb, az archaikus szelf-tárgyaknál differenciáltabb szelf-reprezentánsok kiépítésére. Az elhatárolódásban zavart páciensek a csoporttal kapcsolatban erősen konkretizált anyai áttételt fejlesztenek ki, amelynek sikeres kezelésével a tranzicionális viszonyulás introjekciója felé tettek lépéseket.

Klinikai kutatásaink egy újabb szakaszát jelentette (*Trixler, Gáti, Tényi, 2000*), mikor az új csecsemőmegfigyeléses pszichoanalitikus elméletek, a korszerű szkizofrénia-koncepciók és az idők során lefolytatott hatékonysági vizsgálatok (Boston-vizsgálat, *Gunderson és mtsai, 1984, McCitochan, 1984*) sok vonatkozásban új fénybe helyezték ezeket a nagy hagyományokkal rendelkező kezelési módokat. A kórkép biológiai összetevőinek egyre növekvő bizonyítékaival az újabb csecsemőmegfigyelések tükrében és a betegség korszerű szelf-pszichológiai szemléletével párhuzamosan az individuális pszichoterápia interperszonális, korrekatív, reparatív felfogása vált dominánssá (*Volkan 1994, Gabbard 1994, Tényi 1995, Tényi 2000*). A reparatív anyaságnak *Greenspan (1989)* által kidolgozott koncepciója szerint értelmezik újabban többen is a szkizofrénia pszichológiai kezelését (*Volkan 1994, Gabbard 1994*), amelyben a beteg a terapeutával egy pótlólagos szelf-korrekatív kapcsolatot épít ki. A terápia során a terapeuta anyai funkciói az agyi plaszticitás jelensége mentén korrigálják – legalábbis részben – a fennálló és a tünettanért felelős neurobiológiai deficiteket (*Robbins 1992, Volkan 1994*). A terapeuta a különböző szelf-érzetek szintjén lép kapcsolatba a pácienssel, ennek során elsősorban a szelf-mag-érzet és a szubjektív szelf-érzet hiányai és torzulásai korrigálhatók (*Stern 1985, Volkan 1994*). Az áttételes pszichózis korábban vélt centrális szerepe egyre inkább háttérbe szorul (*Gabbard 1994*), a reparatív, szelf-korrekatív terapeutai aktivitásban a szelf-mag-érzet és a szubjektív szelf-érzet szintjén folytatott a vitalitás-affektusokra az affektív hangolódásra centráló pszichoterápiás munka állítható középpontba (*Stern 1985, Tényi 2000*). Technikai vonatkozásban a kapcsolat kiépítése és fenntartása, a terápia flexibilis szemlélete, az optimális távolság beállítása, a hangolódás a korrekatív szelf-fejlesztés, a nyitottság és az óvatos interpretációs aktivitás emelhetők ki, mint a szkizofrénia pszichoterápiájának elemei (*Trixler, Jádi, Koltai, Gáti, Tényi 1989, Trixler, Tényi, Gáti 1992, Tényi, Trixler 1992, Gabbard 1994, Volkan*

1994, *Trixler, Gáti, Tényi, 2000*).

A komplex kezelés részeként alkalmazott csoportpszichoterápia vonatkozásában, az irodalommal egyezően újabban egyre határozottabban úgy látjuk, hogy elsősorban a páciensek pozitív tüneteinek befolyásolásában jár előnyökkel a korrekatív, reparatív pszichoterápiás munka, azonban szükséges a pozitív tünettán valamilyen mértékű farmakoterápiás redukciója az effektív csoportterápiás munkához (*Kanas 1986, O'Brien 1983*). A gyakorlatunkban kidolgozott pszichoterápiás munkában a winnicotti "holding" funkciót és a tranzicionális nyelvhasználat jelentőségét emeltük ki (*Tényi, Trixler, Koltai, Gáti, 1991, Tényi, Trixler 1992, Trixler, Gáti, Tényi, 2000*).

Az én-integritásukat visszanyert, elhatárolódásra képes és legalább részleges realitásérzékeléssel bíró betegek további pszichoterápiája a terápiás rendszer adta lehetőségektől függően számos egyéb formában (kreatív csoport, mozgás és táncterápia stb.) folytatható, amelyekben a kreatív készségek, az énvédő mechanizmusok, az interperszonális kontaktuskészség fejlesztése kap egyre növekvő hangsúlyt.

Munkánkat összegezve és kritikailag értékelve nem hagyhatjuk említés nélkül a szkizofrén betegek intenzív pszichoterápiájának számos gyakorlati nehézségét és jelentős korlátait sem. Ennek a terápiának az értéke nem a statisztika szintjén fogalmazható meg. A terápia időigényes volta, mely a napi 1-2 órától heti minimum 3-4 óráig terjed, lehetetlenné teszi, hogy szkizofrén betegek tömegei részesedjenek belőle. Másrészt ez az intenzív pszichoterápia adekvát módon indikált farmakoterápiára épül, ez utóbbit nélkülözni nem tudjuk. Eredménynek tartjuk azonban, hogy a terápia során a terápiás kapcsolat bővülésével az én-integritás erősödésével a dózis jelentősen redukálható, ezáltal a betegek szomatikus veszélyeztetettsége csökkenthető.

Nem tartjuk az ismertetett intenzív pszichoterápiát a szkizofrénia valamiféle oki terápiájának, még farmakoterápiával kombinált formában sem. *Ammon (1979)* megfogalmazásával értünk egyet, mely szerint itt alapvetően identitás terápia folyik, amelyben a döntő hatást a megfelelő kapcsolat kiépítése

után a terapeuta által képviselt realitás segítségével a szétesett személyiség újraintegrálásában látjuk. Nem elhanyagolható azonban az a nyereség sem, amit az intenzív terápia során a szkizofrén betegek pszichodinamikájának jobb megismerése révén kapunk.

## **b. Művészetterápia**

A pszichotikus betegekkel való terápiás kontaktus kiépítésében egyedi utat jelent a művészet pszichoterápia, mely sikeresen integrálható azok komplex terápiájába (*Benedetti*, 1987, *Trixler, Tényi, Gáti*, 1993, *Trixler, Tényi, Jádi, Gáti*, 1993, *Trixler, Tényi, Gáti*, 1995). A borderline és pszichotikus állapotok kialakulásában szerepet játszó pszichotraumák gyakran hozzáférhetővé válnak a páciensek nem verbális közléseiben, pl. művészet terápia keretében a grafikus produktumok, rajzok, festmények elemzése révén. A rajzbeli közlések ugyanis imaginatív gondolkodáson alapulnak és az imagináció során előhívott élmények, traumák a verbális közlés kiiktatásával közvetlenül képbe fordíthatók (*Wadeson*, 1980), miután előbb gondolkodunk imaginatív módon képekben, és később tanuljuk meg a képeket verbalizálni.

A pszichiátriai betegek alkotásainak a pszichoterápiás munkában történő felhasználása legmarkánsabban a jungi analitikus pszichológiában jelenik meg, majd a freudi iskola analitikusainak munkásságában fejlődött tovább (*Naumburg*, 1950). A svájci analitikus *Sechehaye* (1951) a szimbolikus realizációról írott klasszikus művében meggyőző példát szolgáltatott arra, hogy a grafikai kifejezésmód a terápiás kommunikáció integrált részévé válhat.

A grafikai alkotások pszichoterápiás alkalmazása az amerikai kontinensen teljesedett ki, elsősorban *Naumburg* (1966), *Ulman* (1971), *Kramer* (1971), *Jakab* (1969) és *Wadeson* (1980) munkássága révén. A fejlődés két irányban haladt:

1. Művészetterápia : Itt a művészet szelf-korrektív aspektusa érvényesül, a kohuti szelf-tárgy értelmében a műalkotás létrejötte segíti a szelf-kohézió kialakulását annak korrekcióját. Ennek szelfpszichológiai és kreatológiai aspektusaival egy nemrég megjelent esszében foglalkoztunk

munkatársaimmal, rámutatva az egyedüllét és a szenvedélyes érdeklődés mint két - a legújabb szelfpszichológiában előretérbe került, - un. tapasztalatközeli jelenség alkotáslélektani aspektusaira (*Tényi, Gáti, Lénárd, Trixler, 2001* )

2. Művészet pszichoterápia (art psychotherapy): Ez a formáció a pszichózisok intenzív pszichoterápiájának egy változatát képviseli.

Klinikánkon a pszichotikus betegek számára szervezett komplex terápia mindkét művészet terápiás formát felöleli és a maga helyén sikererrel használja (*Trixler, Tényi, Gáti, Jádi, 1993, Trixler, Tényi, Gáti, 1998*).

Mit tud a művészet pszichoterápia nyújtani a pszichotikus betegek pszichoterápiájában? A grafikus kifejezésmódnak számos sajátos előnye van, amellyel pozitívan tud hozzájárulni a pszichoterápiás folyamathoz. A legfontosabb vonatkozások:

*Imagináció lehetősége - a tudattalan nyelvének használata - metonímikus és metafórikus alapú szemiózis előtérbe helyezése.*

*Az ellenállás csökkentése - a verbalitás szintjén a konfliktusfeltárással szemben megnyilvánuló ellenállás intenzívebb, a képi világ megkerüli ezt.*

*Objektíválás - a terápia során létrejött objekt állandósága, térbelisége szintén segíti az átdolgozást.*

A grafikai tevékenység során *aktivitás-növekedés és kreatív energia-felszabadulás* történik amely szelf-pszichológiai vonatkozásaira már a művészetterápia kapcsán utaltam, illetve amelyet nemrég egy francia szaklapban részleteiben munkatársaimmal részletesen elemeztünk (*Tényi, Gáti, Lénárd, Trixler, 2001* )

A művészetterápiában kreatív módon transzformált pszichopatológia keresztmetszeti analízise a *Hárdi* (1983) által kidolgozott dinamikus rajzvizsgálat módszerének felhasználásával bontható ki, amely módszert a szerző joggal helyezi a művészeti terápiák és a projektív rajzvizsgálatok közé (*Hárdi 1991*).

Klinikánk több évtizedes tradíciójának megfelelően gyakran alkalmazunk művészetterápiás technikát pszichotikus betegek pszichoterápiájában. A

páciensek belső pszichotikus tartalmaikat gyakran fejezik ki rajzokban, spontán vagy csekély bátorítás után. Az érzések, ideák, impulzusok és konfliktusok képi kifejezése a betegek téveszmés és hallucinációs élményeinek fontos információs forrását jelentik. A szkizofrén betegek képi kifejeződései többnyire szimbolikusak és igen gyakran archaikus természetűek. A személyiségfejlődésük során elszenvedett gyakran preverbális traumatizációk kifejeződése sokszor csak nonverbálisan, a primer gondolkodási folyamatok során, az imagináció segítségével válik lehetségessé. Ha akut szkizofrén epizód jön létre és a gondolkodási folyamatok szétesnek, az egyén számára a szimbolikus forma válik leginkább alkalmassá állapotának kifejezésére.

Igen fontos kérdés, hogyan dolgozzunk a szimbolikus rajzokkal, milyen jellegű értelmezést alkalmazzunk? Többéves gyakorlatunkban különböző típusú analitikus módszereket alkalmaztunk szimbólum-értelmezésre (*Trixler, Gáti, Tényi, 2000*). Kezdetben a freudi iskola koncepcióját alkalmaztuk, majd értelmezési gyakorlatunkba bevontuk a jungi eszmerendszert is (*Jádi és Trixler 1980*). Keverve és alternálónan használtuk mindkettőt, majd később a kleini tárgykapcsolatelmélet felismeréseit is sikeresen alkalmaztuk (*Tényi és Trixler 1990*). Igyekeztünk azonban *Benedetti* (1980) felfogásának megfelelően erősítő, strukturális értelmezéseket alkalmazni annak érdekében, hogy segítsünk a pácienseknek a szelf és objekt elhatárolásában, asszociációik térben és időben való struktúrálásában, intrapszichés koherencia elérésében. Másodlagos jelentősége volt – tapasztalataink szerint – annak, hogy az értelmezéshez melyik pszichoterápiás iskola terminológiáját alkalmaztuk (*Trixler, Gáti, Tényi, 2000*). Azt találtuk amire *Jakab* is utal, hogy a konfliktusmegoldás a grafikai szimbólumok különböző interpretációs metodikájával egyaránt jól elérhető (*Jakab 1980*).

### **c. Hipnoterápiás tapasztalatok.**

Az utóbbi években nyilvánvalóvá vált (*Jobsis 1985, 1994, Zindel, Vas, 2000*) hogy a hipnoterápiás keret alkalmazása súlyos én-betegségek esetében sem kontraindikált és igen hatékony lehet.

Klinikai munkám és pszichoterápiás kutatásaim középpontjában az



elmúlt 10 évben a módosult tudatállapotban végzett dinamikus orientált pszichoterápia elméleti és technikai vonatkozásai álltak (*Gáti, Kóczán, 1998, Gáti, Túry, Wildmann, 2001, Gáti, 2002*), tapasztalataim és eredményeim egyre inkább összhangba hozhatóakká váltak a legkorszerűbb pszichoanalitikus pszichoterápia (*Gabbard, 1994, Tényi, 2000*) elméleti és technikai jellegzetességeivel

Újabb nézőpontok szerint a pszichoanalitikusan orientált kezelés egyre kevésbé a tradicionális konfliktus exploráció révén történik (részletesen áttekinti monográfiájában *Tényi, 2000*). A cél, hogy a terápia biztonságkeretében, interszubjektív folyamatban létrejöjjön a beteg reflektív szelfjének erősödése, egyfajta interperszonális korrektív élmény, amely néhány vonatkozását legújabban *Stern* és munkatársai az ún. "találkozás pillanata" elmélet keretében konceptualizálnak. *Fónagy* és munkacsoportja mutat rá először (*Fónagy, Target, Gergely, 2000*), hogy a terápia effektusa attól függ, mennyire képes aktiválni a mentalizációt, melynek révén a beteg képessé válik saját és mások viselkedésének jelentését megérteni. Közlés előtt álló közleményemben mutatom ki, hogy a mentalizációs defektus átdolgozásával kapcsolatosan a hipnoterápiás megközelítés milyen szempontok szerint jelenít meg lehetőségeket, olyanokat is akár, amelyek a verbális munka során kevésbé kerülnek előtérbe (*Gáti, 2002*). Fontos szempont, hogy számos pszichoanalitikus hangsúlyozza a destruktivitás kommunikatív (közvetítő) szerepét a terápiában, s annak szükségességét, hogy felismerjük azokat az érzelmi állapotokat (affect-állapotokat), melyektől a destruktivitás megvédi a beteget. (*Higgit, Fónagy, 1992*). Feltehetően a páciens számára a legfontosabb, hogy képes legyen magát megtalálni a terapeuta tudatában mint érző és gondolkodó lényt, egy olyan reprezentáció formájában, mely teljesen soha nem alakult ki gyermekkorában, és valószínűleg a későbbiekben tovább károsodott a fájdalmas interperszonális élmények révén. Ily módon a beteg szelf-mag struktúrája erősödik és elégséges kontrollt szerez a belső állapotok mentális reprezentációja felett.

Ahogy már az első fejezetben utaltam rá, újabban a pszichiátriai kutatások előtérbe került a gyermekkori bántalmazás kérdése és ezzel

párhuzamosan a disszociáció jelensége is ismételten a figyelem fókuszában van. Az abúzus, sok más tényező mellett gyakran játszik szerepet a borderline személyiségzavar és bizonyos disszociatív állapotok, így pl. az evészavarok egy lehetséges alcsoportjának (ahol a háttérben nem ritkán szintén borderline személyiségstruktúra húzódik meg) kialakulásában. A hipnoterápiás irodalomban is jelentős hagyománya van a trauma feldolgozásának. *John és Helen Watkins* (1990) írt le egy figyelemreméltó feltáró technikát, az un. "Ego-state terápiát". Tapasztalatom szerint ez a módszer igen jól alkalmazható a disszociatív spektrumon elhelyezkedő pszichés problémák kezelésében. Saját gyakorlatomban elsősorban az evészavarok terápiájának részeként alkalmaztam. Hilgard "rejtett megfigyelő" jelensége, a Gestalt, a tranzakcióanalízis és a *Paul Federn* által leírt én-állapotok egyaránt hatottak elméletükre. Az Ego-state elmélet szerint a személyiség fejlődése integráción és differenciáción keresztül történik. A spektrum egyik végén a differenciáció adaptív, a különböző én-állapotok határai relatíve permeábilisek. A kontinuum másik végén a differenciáció maladaptív válik, a különböző én-állapotok határai nem átjárhatók (disszociáció) – többszörös személyiség jön létre. Természetesen egyéb kórképek, melyekben a disszociációnak szerepe van, a két végpont között helyezkednek el.

Hipnózisban lehetővé válik a különböző én-állapotokkal történő kommunikáció. A másik, általam is gyakran alkalmazott módszer a *Hanscarl Leuner* által kidolgozott katatim imaginatív pszichoterápia (módosult tudatállapotban). A *Leuner* által leírt képek, a különböző hipnoanalitikus, projektív technikák alkalmazása (*Brown és Fromm*, 1986) a borderline betegek terápiájának jól ismert "megterheléseit" (projektív identifikáció) csökkenthetik az imaginatív képen – mint köztes állomáson – történő munkálkodás révén (pl. a beteg, vagy a terapeuta acting out-ját). Természetesen ez nem jelenti az indulatáttétel-viszontindulatáttétel figyelmen kívül hagyását, de lehetővé teszi a patológias terápiás regresszió elkerülését, amely az áttétel - ellenállás centrumú verbális dinamikus terápiákban gyakran nehézségek forrását képezi (*Döme*, 1999). A módosult tudatállapotban történő terápiáknak több síkja van, hisz nem tekinthetünk el az éber állapotban történő munka és kapcsolat jelentőségétől sem.

*Watkins és Watkins* (2000) az áttételi jelenségtől elkülöníti a “rezonancia” jelenségét. Véleményük szerint a terapeuta a hipnoterápiás ülés során a páciens szelf-reprezentációjához kapcsolódik, a közös együttes élményt átélve időlegesen azonosul vele. *Watkins* szerint a cél, hogy a terapeuta szelfjének csak kisebb hányadával vonódjon be a páciens élményvilágába, nagyobb hányadát az objektív távolság tartós szintjén tartja. Ily módon a terapeuta egyidőben két perspektívából követheti a terápiás történéseket (a terapeuta disszociációja). A páciens ugyanakkor viszont-rezonanciát építhet ki, azonosulva a terapeutával, beleértve annak objektív-megértő szelfjét is. A terapeuta részéről ez az érzelmi közösségben megnyilvánuló támogatás a feltétele annak, hogy a beteg képes legyen szembenézni a trauma “horrorjával” a retraumatizáció veszélye nélkül (áttekinti *Varga*, 2000).

*Vas József* (2000) szerint a hipnotikus kapcsolatot olyan neuropszichológiai jelenségnek foghatjuk fel, amely két személyben és a közöttük kialakuló – kötelékteremtésre emlékeztető – kommunikációban ölt teret. Hangsúlyozza az interszubjektív feldolgozás jelentőségét, s azt, hogy “ami megjelenik a terápiás közegben, azt a páciens és a terapeuta nem egyszerűen csak átéli, hanem reciprok módon műveli is egymással.” *Fónagy* (2000) szerint az analitikusnak olyan személlyé kell válnia, amilyenre a páciensnek szüksége van, mégis egyidejűleg meg kell őriznie tudatának egy részében a páciens mentális állapotának reprezentációját, ezt vissza kell tükröznie megfelelő tisztasággal a beteg számára, hogy ezáltal biztosítsa a szelf-reprezentáció mentalizálásának bázisát.

*Fónagy és Target* (2000) rámutat arra, hogy a mentalizáció és a tünetképzés háttérében húzódó disszociáció egymás inverzeként értelmezhető. A hipnózis hatásmechanizmusában az egyik meghatározó teória az ún. neodisszociációs elmélet. Tapasztalataim és eredményeim egyik leglényegesebbnek tartható folyamánya (*Gáti, Kóczán*, 1998, *Gáti*, 2002), hogy a módosult tudatállapotban kialakult disszociált állapotban, az imaginatív munka során a beteg képessé válik a traumatizáció miatt disszociált tapasztalatok mentalizációjára. Rámutatok (*Gáti, Túry, Wildmann*, 2002, *Gáti*, 2002), hogy a *Bollas* (1987) által “el nem gondolt tudásként” leírt pszichikus tartalom, hogy

nyer képet, hogyan nyitja fel a fónagy "mímelt módon" ("pretended mode"), felszabadítva a beteg szenvedését a "pszichikus ekvivalenciák" munkamódjából.

A fentieket **összegezve** tapasztalatom szerint a hipnoterápiás keret alkalmas arra, hogy a nagy óvatosságot igénylő terápiás folyamatban a korábbi traumák feldolgozhatóvá és integrálhatóvá váljanak, a retraumatizáció veszélye nélkül. Miután a munka jelentős része főként kezdetben szimbolikus formában történik, elsősorban a *Leuner* által kidolgozott katatim imaginációs pszichoterápia alkalmazásával, (mely a primér gondolkodás szintjén működik), valamint a projektív hipnoanalitikus technikákkal korábbi művészetterápiás tapasztalataim és kutatási eredményeink jól integrálhatók. Kiegészíti ezt sokszor a szerencsés körülmény, hogy a páciensek a hipnózisban tapasztaltakat lerajzolják, képi formába öntik.

## **8. Irodalom**

- Abend, S.M. (1989): Psychoanalytic psychotherapy, In: Handbook of Phobia Therapy. Rapid Symptom Relief in Anxiety Disorders, Edited by Lindemann C, Northvale, N.J. Jason
- Aronson. Abraham, K. (1916): The first pregenital stage of the libido. In: Selected papers. Basic Books, New York, 1953. Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie. Luchterhand V., Darmstadt-Neuwied. Ammon, G. (1979): Schizophrenie. In: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. (Hrsg. von Gunther Ammon) ReinhardtV., Munchen. Arato, M., Tury F. (1995). Mindennapi lelki szenvedeseink. Grafit Kiado, Budapest,
- Arieti, S. (1974): Interpretation of schizophrenia (sec. ed.) Ch. 13, 181-196. Basic Books, New York.
- Bailey CA, Gibbons SJ. (1989): Physical victimization and bulimic-like symptoms: Is there a relationship? Deviant Behavior,; 10:335-352.
- Ballenger, J.C. (1989): Toward an integrated model of panic disorder. Am. J. Orthopsychiat. 59: 284-293. Ballenger, J.C. (1993): Panic disorder-efficacy of current treatments. Psychopharmacol. Bull (USA) 29(4):477-488.,
- Balota N. (1979): Abszurd irodalom. Gondolat, Budapest Banki, M.Cs. (1995): Panikes fobiak. Cserepfalvi Konyvkiado, Budapest
- Banyai E., Zseni A, Tury F. (1993): Active-alert hypnosis in psychotherapy. In: Handbook of clinical hypnosis (szerk. Rhue JW, Lynn SJ, Kirsch J) Washington D.C., American Psychological Association; 271-290.
- Banyai E. (1997): Hipnozis a pszichiatriaban. Hipno-Info dec: 115-121.
- Bardon, D. (1972): Psychosomatic Medicine in Obstetric and Gynaekology. 3<sup>rd</sup> Int. Congr. London 1971, 335-337, Karger, Basel.
- Battaglia, Bertela, S., Politi, E., Bernardeschil, P.G., Gabriele, A., Bellodi, L (1995): Age of onset of panic disorder influence of familial liability to the disease and of child hood separation anxiety disorder. Am. J. Psych. 152 (9): 1362-1366
- Beckman, L.J. (1975): Women alcoholics: a review of social and psychological

studies. *Q. J. Stud. Alcohol*, 36, 797.

Benedek, T.F. (1959): *Amer. Handbook of Psychiatry*, 77727-748. (Ch. 37.) ed. S. Arieti, Basic Books, New York.

Benedetti, G. (1952): *Die Alkoholhalluzinosen*. Thieme, Stuttgart.

Benedetti, G. (1980): Individual Psychotherapy of Schizophrenia. *Schizophrenia Bull.*, 6: 633-638.

Benedetti, G. (1987): *Psychotherapy of Schizophrenia*. Univ. Press, New York.

Bingham JE, Pietrowski C. (1996): On-line sexual addiction: a contemporary enigma. *Psychological Reports*; 79:257-258.

Blandin, N., Parquet, P.J., Bailly, D. (1994): L'angoisse de Separation. *An fil des theories Encephale*, 20(2): 121-129.

Bollas, C. (1987): *The Shadow of the Object*. New York, Columbia University Press

Bonhoeffer, K. (1901): *Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker*,

Fischer, Jena. Borzekowski DL, Rickert VI. (2000): Urban girls, internet use, and assessing health information. *Journal Pediatric Adolescence Gynecology* 13:94-95.

Bour, P. (1972): *Le Psychodrame et la vie*. Delachnaux et Niestle Editeurs.

Neuchatel. Bowlby, J. (1982): *Attachment and Loss vol I: Attachment* (1969) New York, Basic Books

Bradley, S.J. (2000): *Affect regulation and the development of psychopathology*. The Guilford Press, New York,

Bratfos, O., Haug, J.O. (1966): Puerperal mental disorders in manic depressive females,

*Acta Psychiat. Scand.* 42: 285-288. Brown, D.P., Fromm, E. (1986): *Hypnotherapy and Hypnoanalysis*. Lawrence Erlbaum Associations, Published London,

Buda B. (1988): A halál és a haldoklás szociálpszichológiai jelenségei. *Valóság* XXXI. 58-70.

Bush, F.N. (1991): Neurophysiological cognitive-behavioral and psychoanalytic approach to panic disorder: toward an integration. *Psychoanalytic Inquiry*, 11: 316-332.

Calam R, Slade P. (1994): Eating patterns and unwanted sexual experiences. In. Dolan B, Gitzinger I, (Eds.) *Why women? Gender issues and eating*

- disorders London: Athlone Press,; pp. 101-109.
- Ciampi, L. (1988): The psyche and Schizophrenia. The Bond between Affect and Logic. Cambridge, Harvard University Press.
- Clum, G.A., Surls, R.: A metaanalysis of treatment for panic disorder. J. Consult. Clin. Psychol. (USA) 61(2) 317-326.
- Curran, D. (1961): Psychiatric indications for the termination of pregnancy. New Zealand Med. J. 60: 467-469.
- Cutting, J. (1978): A reappraisal of alcoholic psychoses. Psychological Medicine, 8, 285.
- Csuhai Csinos Klara (1989): Hatareseti korkepek. in: Buda B. Furedi J. (szerk.) A neurosis valtozo area. Budapest, Medicina
- Deirmenjian JM. (2000): Hate crimes on the internet. Journal Forensic Science; 45:1020-1022.
- Demitrack MA, Putnam FW, Brewerton TD, Brandt HA, Gold PW. (1990): Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. American Journal of Psychiatry 147:1184-1188.
- Deutsch, H. (1994): Psychology of women (vol. II.) Grune and Stratton, New York.
- Devald P. (1993): Öndestruktivitas az eveszavarokban. Budapest, a Pszichoanalitikus Gyermekek- es Serduloterapias Intezet kiadvanya,
- Dome L. (1999): A borderline es narcisztikus személyiségzavarok pszichodinamikai alapjainak es pszichoterapias megkbeliteseinek attekintese. Pszichoterapia II. evf. (4): 225-245
- Fabian Zs. (2000): Az internet: a viselkedesi addikciok uj formaja. Psychiatria Hungarica,; 15:208-213.
- Fabian Zs. (2000): Az internet-addikcio mint nozologiai entitas. Psychiatria Hungarica,; 15:720.
- Faludi, G., Fontainer, R., Kecskemet, P. )1988): A panik-szorongas diagnosztikai es farmakoterapias szempontjai, Psychiatria Hungarica 3:45-56.
- Faravelli, G., Paterniti, S., Scarpato, A. (1995): 5 year prospective, naturalistic follow up study of panic disorder. Comp. Psychiatry 36(4): 271-277.
- Federn, P. (1943): Psychoanalysis of Psychoses. Psychiatric Quarterly, 21, 23-26.
- Ferenczi, S. (1921): Weiterer Ausbau der aktiven Technik in der

- Psychoanalyse. Intern. Zschr. f. Psychoanal, 7, 233-257.
- Fonagy, P., Moran, G.S., Target, M. (1993): Aggression and the Psychological Self. *Int. J. Psycho-Anal.* 74: 471-485
- Fonagy, P. (1995): Psychoanalytic and Empirical Approaches to Developmental Psychopathology: an Object-Relations Perspective, in: Shapiro T, Emde R.N. (ed.) *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome* Madison, Int. Universities Press.
- Fonagy, P., Target, M. (1995): Understanding the Violent Patient: the Use of the Body and the Role of the Father. *Int. J. Psycho-Anal.* 76: 487-501.
- Fonagy, P. (2000): Attachment and Borderline Personality Disorder. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 48(4): 1129-46.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G. (2000): Attachment and Borderline Personality Disorder. A Theory some Evidence. *Psychiatr. Clin. North Am* 23(1): 103-22.
- Frankel, F.H. (1974): Trance capacity and the genesis of phobic behavior. *Arch. Gen. Psychiat.* 31: 261-263.
- Frankel, F.M. (1976): Hypnosis. Trance as a coping mechanism. New York, Plenum Press.
- N.K. Winget, C.N., Whitman, R.M. (1993): Separation anxiety in panic disorder. *Am. J. Psych.* 150. (4): 595-599.
- Freud, S. (1959): *Collected papers, Vol. I.* New York, Basic Books.
- Fromberger, U., Angenendt, J. Berger, M. (1995): Die Behandlung von Panikstörungen und Agoraphobien. *Psychotherapie, Psychopharmakotherapie und deren Kombination. Nervenarzt* 66 (3): 173-186.
- Fromm-Reichmann, F. (1950): *Principles of Intensive Psychotherapy.* Univ. Press, Chicago.
- Fromm-Reichmann, G. (1958): Basic Problems in the Psychotherapy of Schizophrenia. *Psychiatry*, 21. No. 1.
- Fuzeki B. (2000);.: Az internet-addikcio mint a vilag pszichozisanaktunete.. *Psychiatria Hungarica*, 15:719-720.
- Gabbard, G.O. (1992): Psychodynamic Psychiatry in the „Decade of the Brain". *Am. J. Psychiatry* 149,(8): 991-998.
- Gabbard, G.O. (1994): *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice.* The DSM-IV Edition. Washington DC. American Psychiatric Press.
- Gati A., Trixler M., Jasi F., Banki E., Paradi J. (1986) Szocialis tenyezok



szerepe az alkoholos hallucinózisok korlefolyásában. Orvosi Hetilap, 127: 1891-1894.

Gati A., Trixler M., Jádi F., Paradi J., Banki E. (1986): Az alkoholos hallucinózisok korlefolyása és genetikai vonatkozásai. Ideggyógyászati Szle, 39: 566-572.

Gati A. (1994): Feldolgozatlan tárgyvesztések panikbetegeknél  
Hipno Info XVIII, 75-78.

Gati A. (1995): Integratív terápiai törekvések. Integratív Hfrmondo 5: 95-102.

Gati A. (1997): A halál-problematika megjelenése Eugene Ionesco műveiben. (A „Haldoklik a király” című dráma elemzése). Psychiatria Hungarica 12:6, 752-757.

Gati A., Koczán Gy. (1998): Dinamikusan orientált hipnoterápia panikbetegségben. Psychiatria Hungarica 13: 557-565.

Gati A. (1998): Az agresszió problematikájáról gyermekkori abúzust elszenvedett borderline betegek hipnoterápiája kapcsán. HipnoInfoXXII. 7-90.

Gati A., Tenyi T., Tury F., Wildmann M. (2002) Anorexia nervosa following sexual harassment on the Internet: A Case Report. International Journal of Eating Disorders.(accepted publ.)

Gati A. (2002): Panic Disorder and Objectloss  
Am. J. Clin and Exp. Hypnosis (submitted)

Gati A. (2002): A bántalmazás multimodális megközelítése anorexia nervosában. Psychiatria Hungarica (közles alatt)

Gati A. (2002) A borderline személyiségzavarban megjelenő mentalizációs zavar hipnoterápiás átdelegálásáról. Pszichoterápia (közles alatt)

Glass, I.B. (1989): Alcoholic hallucinosis: a psychiatric enigma - Follow-up Studies Br. J. Addict. 84: 151-164.

Goldfarb L (1987): Sexual abuse antecedent to anorexia nervosa, bulimia and compulsive overeating: Three case reports. International Journal of Eating Disorders; 6:675-680.

Greenspan, S.I. (1989): The Development of the Ego: Implications for Personality Theory. Psychopathology and the Psychotherapeutic Process. Madison, Int. Univ. Press.

Gross, M.M. és Mtsai (1972): Acute alcoholic psychoses and related syndromes: Psychosocial and clinical characteristics and their implications. Br.

J. Addict. 67, 15.

Grotstein, J.S. (1977): The Psychoanalytic Concept of Schizophrenia. I. The Dilemma, II. Reconciliation. *Int. J. Psychoanal.* 58, 403-452.

Gunderson, J.G., Frank, A.F., Katz, H.M. et al. (1984): Effects of psychotherapy in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-598.

Gunderson, J.G., Sabo, A.N. (1993): The Phenomenological and Conceptual Interface between Borderline Personality Disorder and PTSD. *Am. J. Psychiatry* 150: 19-27.

Gunderson, J.G. (1996): The Borderline Patient's Intolerance of Aloneness: Insecure Attachments and Therapist Availability. *Am. J. Psychiatry* 153: 752-758. Hall RCW,

Tice L, Beresford TP, Wooley B, Hall AK. (1989): Sexual abuse in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Psychosomatics*, 30:73-79.

Hamori Eszter (2001): A „halott anya életben tartása” - az enszervezodes vizontagsagai a korai kapcsolati traumatizacio tukreben. *Pszichoterapia X. evf.* (4): 233-240.

Harder, A. (1947): Das Wesen der Alkoholhalluzinosen. *Schw. Arch. Neur. Psych.* 58. 102.

Harnett, D.S. (1990): Panic disorder, integrating psychotherapy and psychopharmacology. *Psych. Med. (USA)* 8 (3): 211-222.

Hartmann, H. (1954): *Essays on Ego Psychology*. Int. Univ. Press, New York.

Herold R., Tenyi T., Lenard Kata, Trixler M. (2000): Mentalizacio es szkizofrenia. Tudatlemeleti deficit remisszioban levo szkizofreneknel. *Pszichoterapia IX.*(5): 370-375.

*Pszichoterapia IX.*(5): 370-375.

Herzog, A., Detre, T. (1976): *Dis.Nerv. Syst.* 37, 229.

Herzog DB, Stoley JE, Carmody S, Robbins WM, van der Kolk BA. (1993): Childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 32:962-966.

Hickie, J., Silove, D. (1989): A family panics. *Aust. N.Z.J. Psychiatr.* 23: 418-421.

Higgitt A., Fonagy, P. (1992): Psychotherapy in Borderline and Narcissistic Personality Disorder. *British Journal of Psychiatry* 161: 23-42.

Jobsis, J.M. (1985): Exploring the schizophrenic experience with the use of

- hypnosis. *Am J. of Clinical Hypnosis*.28 (1), 34-42.
- Kagan, J., Reznick, J.S., Snidman, N. (1988): Biological bases of childhood shyness. *Science* 240: 167-171
- Kagan, J. (1994): A trauma feldolgozasa a holokauszt tulelok leszarmazottainak pszichoanaliziseben. *Thalassa* 1-2. 101-109.
- Kallai J., Macsai E., Fekete S. (1991): Az elso panikroham kognitiv kozvetito elemei panikbeteg es agorafobias személyeknel. *Psychiatria Hungarica*, IV. (1): 31-41.
- Kanas, N. (1986): Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies. *Int. J. Group Psychotherapy*. 36, 339-351.
- Karterud S, Monsen JT. (1999): (szerk): *Szelfpszichologia - a Kohut utani fejjodes*. Animula
- Kearney-Cooke A. (1988): Group Treatment of sexual abuse among women with eating disorders. *Women and Therapy* 7:5-22.
- Kelemen G. (1995): Az addiktiv falanksag. *Szenvedelybetegsegek* 3:28-38.
- Kendell, R.E., Chalmers, J.C., Platz, C. (1987) Epidemiology of puerperal psychoses, *Br. J. Psychiatry*, 150: 662-673.
- Kendler, KS., Neale, M.C., Kessler, R.C. (1992): Childhood parental loss and adult psychopathology in women: a twin study perspective. *Arch. Gen. Psych.* 49:L 109-116.
- Kernberg, O. (1980): Melanie Klein, In: *Compr. Textbook of Psych.* (III. ed. Kaplan, Freedman, Sadock) Williams and Wilkins, Baltimore.
- Kinzi JF, Traweger C, Guenther V, Biebl W, (1994): Family background and sexual abuse associated with eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 151:1127-1131.
- Klajn, M. (1948). *Contributions to Psycho-Analysis*, Hogarth Press, London.
- Klein, D.F. (1964): Delineation of two drug responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacol.* 5:397-408. Klerkan G. (1986): Historical perspectives on contemporary schools of psychopathology. In: Millon T., Klerman, G. (ed.) *Contemporary Psychopathology: Towards the DSM-IV*. Guilford Press.
- Kopp M., Foris N. (1993): *A szorongas kognitiv viselkedesterapiaja*. Vegeken sorozat, Budapest
- Kris, E. (1952): *Psychoanalytic Explorations in Art*. Int. Univ. Press, New York.
- Kroger, W.S. (1977): *Clinical and experimental hypnosis*, Philadelphia,

Lippincott.

Kruger, H. (1965): Z. Psychother. med. Psychol. 15, 230.

KulcsarZs. (1995): A panik pszichodinamikai értelmezese. In: Banki: Panik es fobiak. Cserepfalvi Kiado, Budapest,

Lajko K. (1993): Panikbetegseg kezelese viselkedestani modell alapjan.

Pszichoterapia 2, (1): 43-52.

Lamb M. (1998): Cybersex: research notes on the characteristics of the visitors to online chat rooms. Deviant Behavior Interdisciplinary Journal 19: 121-135.

Leifer, J. (1977): Genetic Psychology Monographs, 95, 55.

Lenard Kata, Tenyi T. (2001): A kesi Ferenczi-irasok es az interszubszejtivitas-elmeletek nehany vonatkozasa. Thalassa (2-3): 155-169.

Lewington, P. (1990): Rational Self directed hypnotherapy: a treatment for panic attacks. Am J. Clin. Hypn. 32 (3): 160-167.

Leys, R. (2000): Trauma. A genealogy. The University of Chicago Press, Chicago and London.

Lipak J es mtsai (1982): A delirium tremens es hallucinosis alcoholica elofordulasa Borsod megyeben. Ideggyogy. Szemle 35. Supp. 928.

Lisansky, E.S. (1957): Alcoholism in Women: Social and psychological concomitants. Q.J. Stud. Alcohol 18. 588.

Little, M. (1958): On Delusional Transference (Transference Psychosis). Int. J. Psychoanal. 39, 134-138.

Lukacs D. (szerk. 1996): Korai személyiségfejlodes es terapias folyamat. Budapest, Anim

Mahler, M.S. (1968): On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. Int. Univ. Press. New York.

Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A. (1975): The Psychological Birth of the Human Infant. New York, Basic Books

Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M. (1955): Clinical Psychiatry, London.

McFarlane AC, McFarlane C. Gilchrist PN. (1988): Post-traumatic bulimia and anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders 7:705-708.

McFarlane M, Bull SS, Rietmeijer CA. (2000): The internet as a newly emerging risk environment for sexually transmitted diseases. JAMA; 284:443-446.

McGlashan, T.H. (1984): The Chestnut Lodge follow-up study II: Long-term outcome of schizophrenia and affective disorders. Arch. Gen. Psychiatr. 41,

586-601.

McGlashan, T.H., Fenton, W.S. (1992): The positive-negative distinction in schizophrenia a review of natural history validators. . Arch. Gen. Psychiatr. 49, 63-72.

Meer, J. (1985): Phobia therapy: Learning how to deal with fear and the fear of fear. Psychology Today, 30-31.

Melges, FT. (1968): Psychosomat. Med. 30, 95. Menninger, W.W. (1992): Integrated treatment of panic disorder and social phobia. Bull. Menninger Clinic 56 (2. Suppl. A): 61-70.

Milrod, B., Shear, K. (1991): Dynamic treatment of Panic Disorder. A. Review J. Nerv. Ment. Dis. 179: 741-743.

Modell, A.H. (1978): The conceptualization of the therapeutic action of psychoanalysis. The Action of the Holding Environment. Bull. Menninger Clinic, 42, 493-504.

Morotz, K. (1992): A szorongás viselkedeselmlete es kezelesenek lehetosegei. Psychiatria Hungarica, 7: 23-41. Nyikos E, Szeredai B, Demetrovics Zs. (2001): Egy uj viselkedeses addikcio: az internethasznalat személyiségpszichologiai korrelatumai. Pszichoterapia 10:168-182.

O'Brien, C. (1983): Group psychotherapy with schizophrenia and affective disorders. In: comprehensive Group Psychotherapy. 2nd Edition, (ed.) Kaplan, H.I., Sadock, B.J. Baltimore Williams, Wilkins 242-249.

Onnis, L. (1993): A pszichoszomatikus zavarok rendszerszemlelete. Csaladterapias olvasokonyv sorozat III. Animula Budapest.

Oppenheimer R, Howells K, Palmer L, Chaloner D. (1985): Adverse sexual experiences in childhood and clinical eating disorders: A preliminary description. Journal of Psychiatric Research 19:157-161.

Osvat J, Tury F, Varga K, Vanderlinden J.(1998): Disszociatív kapacitás a taplalkozási magatartás zavarában. Pszichoterapia 7: 114-117.

Paal, J. (1995): Computer-indukált pszichózisok In: Irányzatok és kutatások a mai magyar pszichoanalízisben. Szerk. Lukács D., Bp. Animula.

Paris, J. (1994): The Etiology of Borderline Personality Disorder: a Biopsychosocial Approach. Psychiatry 57: 316-319.

Peto Katalin (1994): A személyiségzavarok pszichopatológiája pszichoanalitikus szempontból. In: Fluskay G. (szerk.) Független, tárgykapcsolat, viszontattétel,

Budapest, Animula

Pfitzner R. (1996): Fordulatok a trauma elmeletében és kezeleésében (in: Korai személyiségfejlődés és terápiás folyamat. szerk. Lukács D.) Bp. Animula 81-88.

o. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder (2001). Supplement to the Am. J. of Psychiatry 158(10): 4-51.

Ratay Cs. (1987): Újabb törekvések az anorexia nervosa pszichoterápiás kezeleésében. *Psychiatria Hungarica*; 2:201-208.

Ratkóczi Eva (1995): A pszichoanalitikus én-pszichológia és tárgykapcsolat elmelet. *Psych. Hung.* X(3): 269-282.

Reich, T., Winokur, G. (1970): Postpartum psychoses in patients with manic-depressive disease. *J. Nerv. Ment. Dis.* 151: 60-64, Rihmer, Z. (1992): A

panikbetegség kardiológiai vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica* 7:57-66.

Risko A. (1993): Az étkezési zavarok (anorexia, bulimia, obesitas) meghatározása, klinikai tünetei, pszichodinamikai jellegzetességei, kezelési lehetőségei. In.: *Étkezési zavarok* (szerk. Risko A) Budapest, Magyar Pszichiatriai Társaság; 6:16.

Robbins, M. (1992): Psychoanalytic and biological approaches to mental illness. *Schizophrenia. J. Am Psychoanal. Assoc.* 40, 425-454.

Rosenbaum, J.F., Biederman, J. Hirschfeld, D.R., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Kagan, J., Snidman, N., Reznick, J.S. (1991): Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders, results from a family study of children from a non-clinical sample. *J. Psychiat. Res.* 25: 49-65.

Rosenfeld, H. (1965): *Psychotic States: A psychoanalytical approach.* Int. Univ. Press, New York.

Rosenfeld, H.A. (1969): On the Treatment of Psychotic States by Psychoanalysis: An Historical Approach. *Int. J. Psychoanal.* 50, 615-631.

Sabo, A.N. (1997): Etiological Significance of Associations between Childhood Trauma and Borderline Personality Disorder: Conceptual and Clinical Implications. *J. Personal Disord.* 11(1): 50-70

Saunders E.A. and Arnold, F. (1993): A Critique of Conceptual and Treatment Approaches to Borderline Psychopathology in Light of Findings about Childhood Abuse. *Psychiatry* 56: 188-201.

Schaaf KK, McCann TR. (1994): Childhood abuse, body image disturbance, and eating disorders. *Child Abuse and Neglect*; 18:607-615.

Schiffman, J, LaBrie, J, Carter, J., Cannon, T., Schulsinger, F., Parnas, J.,

- Mednick, S. (2002): Perception of parent-child relationships in high-risk families, and adult schizophrenia outcome of offspring. *J. Psychiatr. Res.* 36: 41-7.
- Schore, A.N. (1994): *Affect Regulation and the Origin of the Self*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey.
- Schuckit, M.A., Winokur, G. (1971): Alcoholic hallucinosis and schizophrenia: A negative study. *Brit. J. Psychiatry* 119. 549.
- Schuckit, M.A. (1982): The history of psychotic symptoms in alcoholics, *J. Clin. Psychiatry* 43. 53.
- Scott, D.F. (1967): Alcoholic halucinosis-An aetiological study. *Br. J. Addict* 62. 113.
- Searles, H.F. (1963): Transference Psychosis in the Psychotherapy of Chronic Schizophrenia. *Int. J. Psychoanal.* 44, 249-281.
- Searles, H.F. (1965): *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. Hogarth Press, London.
- Sechehaye, M.A. (1951): *Symbolic Realization*, Int. Univ. Press, New York.
- Sechehaye, M.A. (1956): *New Psychotherapy of Schizophrenia*. Grune and Stratton, New York.
- Seemann O, Seemann MD, Boerner R, Jenn M, Rupprecht R, Soyka M. (1998): Psybertherapy on the internet and its implications for psychiatry, psychotherapy and psychosomatics. *European Journal Medical Research*; 3:571-576.
- Servant, D., Parghet, B.J. (1994): Early life events and panic disorder; course of illness and comorbidity. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 18 (2): 373-379.
- Shear, K., Cooper, M.A., Klerman, L.G., Busch, N.F. Shapiro, T. (1993): A psychodynamic model of Panic Disorder. *Am. J. Psychiatry* 150 (6): 859-860.
- Somer, E. (1995): Biofeedback-aided hypnotherapy for intractable phobic anxiety. *Am J. Clin. Hypn.* 37 (3): 54-64.
- Soyka, M. (1994): Alcohol dependence and schizophrenia: what are the interrelationships? *Ale. Suppl.* 2: 473-478.
- Steiger H, Zanko M. (1990): Sexual traumata among eating-disordered, psychiatric and normal female groups. *Journal of Interpersonal Violence* 5:74-86.
- Stetter, F., Walter, G., Snidman, N. (1994): Biological bases of childhood shyness *Science*, 240: 167-171.

- Stevens, B.C. (1971): Psychoses associated with childbirth: A demographic survey since the development of community care. *Soc. Sci. Med*, 5: 527-529.
- Stolier R.J. (1979): Fathers on Transsexual Children. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 27: 837-866
- Strasburger VC, Donnerstein E. (2000): Children, adolescents, and the media in the 21<sup>st</sup> century. *Adolescent Medicine*; 11:51-68.
- Sullivan, H.S. (1962): *Schizophrenia as a Human Process*. W.W. Norton and Company, New York.
- Surawicz, F.G. (1980): Alcoholic hallucinosis: A missed diagnosis, *Can. J. Psychiatry* 25. 57.
- Sule F.(1985): C.G. Jung melyelektani irányzatának aktualitása a gyógyítás mai gyakorlatában. *Magyar Pszichológiai Szemle* 16/3, 249.
- Szabo P. (1996): Testkép és zavarai, test - orientált terapiák. *Psychiatria Hungarica*; 11:311-325.
- Szanto J. (1990): Eugene Ionesco. In: *Dramak, Europa, Budapest*. Tahka V. (1979): Psychotherapy as Phase-Specific Interaction, *Scand. Psychoanal. Rev.* 2, 113-132.
- Tausk, V. (1919): Über die Entstehung des „Beeinflussungsapparates“ in der Schizophrenie. *Int. Zschr. f. Psychoanalyse*, 5, 1-33.
- Tenyi T., Trixler M., Koltai M., Gati A. (1991): A szkizofren pszichózisok csoportpszichoterápiájának elemzése (A tárgykapcsolat-elmélet alapján). *Psychiatria Hungarica* VI. (4). 291-299.
- Tenyi, T. (1995): A pszichoanalitikus pszichológia új korszaka. A Self-szerveződés elmélete. *Pszichoterápia*, 4, 407-422.
- Tenyi, T. (1996): A borderline személyiségzavar koroktatának újabb szemlélete. *Psych. Hung.* 11 (1): 55-64
- Tenyi, T. (1996): A pszichoanalitikus pszichológia új korszaka. Az affektus szerveződés elmélete. *Pszichoterápia*, 5, 87-92.
- Tenyi, T. (1998). A szkizofrenia komplex terápiajáról az újabb neurobiológiai és pszichodinamikus eredmények tükrében. *Pszichoterápia* VII. 278-282.
- Tenyi, T. (2000): A pszichodinamikus pszichiatria a legújabb pszichoanalitikus eredmények tükrében. Budapest, Animula
- Tetlow, C. (1955): Psychoses of childbearing. *J. Ment. Sci.* 101: 29-31.
- Torem MS, (1986): Dissociative states presenting as an eating disorder.



- American Journal of Clinical Hypnosis 29:137-142.
- Tolgyes T, Simon L, Gybrgy S. (1996): A taplalkozasi zavarok kognitiv es viselkedesterapiaja. *Psychiatria Hungarica*; 11:299-309.
- Treuer T. (1997): Egy bulimias paciens pszichoterapias kezelese. *Integratfv Hirmondo, Budapest*; 8:66-85.
- Tringer, L, Morotz, K. 1985: Klinikai viselkedesterapiak. Magyar Pszichologiai Tarsasag, Budapest.
- Trixler, M., Jasi F. (1981) Adoptacio utani „post partum” pszichozisok. *Orvosi Hetilap* 122. 50. 3071-3074.
- Trixler, M., Jasi F., Koltai M., Gati A., Tenyi T. (1989): A szkizofren pszichozisok intenziv pszichoterapiaja. *Psychiatria Hungarica* IV. (4). 291-297.
- Trixler, M., Tenyi, T., Gati, A. (1992): The psychotherapeutic approach of the complex therapy of schizophrenics. *Schizophrenia* 92/3-4, 23-28.
- Trixler, M., Tenyi T., Gati A. (1993): A muveszet pszichoterapia jelentosege szkizofren pszichozisok komplex terapiajaban. *Psychiatria Hungarica* VIII (5), 353-359.
- Trixler, M., Tenyi, T., Gati, A. (1993): The Integration of Art-Therapy into the complex Therapy of Schizophrenic Patients. *Dynamic Psychiatry*, 26. Jahrgang 1-4, 90-98.
- Trixler, M., . Gati, A., Tenyi, T. (1995): Risks associated with chiidbearing in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Belg.* 95/3. 159-1.
- Tsuang, J.W., Irwin, M.R., Smith, T.L., Schuckit, M.A. (1994): Characteristics of men with alcoholic hallucinosis. *Addiction* 89: 73-78
- Tury F, Wildmann M. (1997): Hipnoterapia csaladdal: rendszerszemlelet es hipnozis. *Hipno-Info*; XXVIII:5-7.
- Túry F. (1997): A hipnoterapia szerepe a taplalkozasi magatartas zavarainak kezeleseben. *Pszichoterapia*; 6:335-340.
- Tury F, Szabo P. (2000): A taplalkozasi magatartas zavarai: az anorexia nervosa es a bulimia nervosa.(Pszichiatra az ezredfordulon sorozat) *Medicina Konyvkiado Rt., Budapest*,
- Uddenberg, N., Englesson, I., Nettelbladt, P. (1979). *Acta Psychiat. Scand.* 59, 87.
- Vandereycken W, Van Deth R. (1994): From fasting saints to anorexic girls. London, Athlone Press,

- Vanderlinden J, Vandereycken W. (1990): Hypnosis in the treatment of eating disorders (anorexia and bulimia). *Hypnos*; 17:64-70.
- Vanderlinden J, Vandereycken W, Van Dyck R, Vertommen H. (1993): Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*; 13:187-194.
- Vanderlinden J, Vandereycken W. (1993): Is sexual abuse a risk factor for developing an eating disorder? *Eating Disorders*; 1:282-286.
- Vanderlinden J, Vandereycken W. (1997): Trauma, dissociation and impulse dyscontrol in eating disorders. Brunner/Mazel, Inc. Bristol, Pennsylvania.
- Varga K. (2000): Nehány gondolat az indulatattételről és annak hipnozis vonatkozásairól. *Hipno-Info XLII*: 101-108.
- Vas J. (2000): A hipnoterápia lehetséges hatásmechanizmusa schizofreniában. In: *Lelekgyógyászatról jelkepekben*. Budapest, Balassi Kiadó. 70-81
- Vetro A, Engels R. (1984): Az anorexia nervosa pathogenesis, diagnosztikus kriteriumai és terápiai lehetőségei, különös tekintettel a magatartásterápiára. *ideggyogy. Szemle* 37:221-228.
- Victor, M., Hope, J.M.: (1995): The phenomenon of auditory hallucinations in chronic alcoholism. *J. Nerv. Ment. Dis.* 126. 451-454.
- Volkan, V. (1994): Identification with the Therapist's Functions and Ego-Building in the Treatment of Schizophrenia. *Br. J. of Psychiatry*, 164. suppl. 23, 77-82.
- Waller G. (1991): Sexual abuse as a factor in eating disorders. *British Journal of Psychiatry* 159:664-671.
- Waller G. (1993): Sexual abuse as a factor in anorexia nervosa: Evidence from two separate case series. *Journal of Psychosomatic Research* 37:1-7.
- Watkins JG, Watkins HH. (1979-80): Ego-states and hidden observers. *Journal of Altered States of Consciousness*; 5:3-18.
- Westen, D., Ludolph P., Mislé, B., Ruffins, S., Black, J. (1990): Physical and Sexual Abuse in Adolescent Girls with Borderline Personality Disorder. *Am. J. of Orthopsychiatry* 60: 55-66.
- Wildmann M, Laszlo Zs, Tury F. (1996): Rendszerszemlelet, családterápia éveszavarokban. *Psychiatria Hungarica*; 11:289-298.
- Winnicott, D. (1953): Transitional Objects and Transitional Phenomena. *Int. J. Psychoanal.* 34: 89-97.

Winnicott, D.W. (1965): *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. Int. Univ. Press, New York.

Winnicott, D.W. (1971): *Playing and Reality*. Basic Books, New York.

Yarden, P.E., Max, D.M., Eisenbach, Z. (1966): The effect of childbirth on the prognosis of married schizophrenic women. *Br. J. Psychiatry*, 112: 491-499.

Zilboorg, G. (1928): *J. Nerv. Ment. Dis.* 68, 371-374.

Zindel Ph. (1994): *Die Hypnose als Werkzeug therapeutischer Nahe*. *Exp. und Klinische Hypnose*. Band X., 1, 23-33.