

# A PSZICHOANALITIKUS TERÁPIA FOLYAMATA: SELF-PSZICHOLOGIAI PERSPEKTÍVA

## THE PROCESS OF PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY: A SELF-PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE

ANNA ORNSTEIN ÉS PAUL H. ORNSTEIN

REVIEW OF PSZCHIATRY VOL. 9. APA, WASHINGTON D.C. CONTRIBUTIONS OF  
SELF PSYCHOLOGY TO PSYCHOTHERAPY  
17. FEJEZET

Kohut, a "The Analysis of the Self" (A Self analízise) című könyvének megjelenése óta (1971) a pszichoanalitikus Self-pszichológia már széles körben elfogadottá vált a pszichoanalitikus pszichoterápiát folytató szakemberek körében. Eleinte ez igaz volt azokra a pszichoanalitikusokra is, akiknek elmélete egészen ezidáig csak azokat a pácienseket tekintette analizálhatóknak, akik "klasszikus áttételi neurózist" fejlesztettek ki, vagyis azokat a pácienseket, akiknek konfliktusai egy megoldatlan Oedipus-komplexummal álltak kapcsolatban. Kohut két új áttételes konstellációról alkotott leírása (a tükör-áttétel és az idealizáló-áttétel) nagyban kitágította a pszichoanalízis hatósugarát, anélkül, hogy "paraméterekre" lenne szükség. (Eissler, 1953.) [A "paraméterek" az analízis során előforduló aktív intervenciók - az interpretációk helyett - néhány formáját ölelik fel, amit az adott páciens ego defektusa tesz szükségessé. A paraméter célja, hogy az olyan páciensnek, aki képtelen hasznosítani a klasszikus analitikus megközelítést, segítsen kifejleszteni egy áttételes neurózist, miután ezáltal analizálhatóvá válik. Az ilyen paramétert még a kezelés befejezése előtt fel kell oldani. Az áttételre való hatását interpretáción keresztül kell megszüntetni.] Mikor Kohut második könyve a The Restoration of the Self (A Self helyreállítása) megjelent (1977), a pszichoanalitikusok körében terebélyesedni kezdtek a kritikák. Ez azzal a ténnyel állt összefüggésben, hogy Kohut maga mögött hagyta a klasszikus elmélet nagy részét: megkérdőjelezte a drive-ok elsődlegességét a személyiség fejlődésében, felülvizsgálta az Oedipus-komplexum és a kasztrációs szorongás jelentőségét a neurózis kialakulásában és új perspektívába helyezte a klasszikus pszichoanalitikus elmélet ezen központi fogalmait. Ez az új perspektíva a Self, mint a tudat szupraordináns konstellációja (felsőbbrendű alakzat, képződmény) volt. Mindez drasztikus eltolódást jelentett a háromrészes (tripartita) modelltől és a "mentális mechanizmusok" pszichológiájától a páciens szubjektív élményeinek tisztázása felé.

Írásaiban Kohut több szinten és több nézőpontból írta le a Selfet. Mikor még a tudat tripartita modelljében dolgozott, a Selfet az ego "tartalmának" tekintette (Kohut, 1971). Később úgy tekintette a Selfet, mint ami viszonylag élmény-közeli pszichoanalitikus absztrakció, de ami, mint központi irányító (szupraordináns) konstelláció, a pszichológiai univerzum középpontjában áll; kohezív, tartós és "egységet alkotó térben és folyamatosságot az időben" (pl. Kohut, 1977, p.177).

Kohutnak az új áttételes konstellációkra vonatkozó felfedezése és a pszichoanalitikus elméletet érintő főbb revíziói abban az időben váltak a pszichoanalízis

történelmének részévé, mikor ebben az országban az ego-pszichológia - a maga tripartita modelljével - volt a vezető pszichoanalitikus paradigma.

Ahhoz, hogy méltányolni tudjuk a pszichoanalitikus Self-pszichológiának a pszichoterápiára kifejtett hatását, röviden át kell tekintenünk a pszichoterápia irodalmát, attól az időtől kezdve, mikor gyakorlatát a struktúrális elmélet és az ego-pszichológia segítségével fogalmazták meg. Ezalatt az időszak alatt, a pszichoterápia módszereiben nem volt egységes. Végrehajtására vonatkozó technikai javallatai olyan zavarosak és bizonytalanok voltak, hogy feltehetjük a kérdést: vajon volt-e "egyáltalán tudományos pszichoterápia a pszichoanalízisen kívül?" (Wallerstein, 1969).

Az 1950-80-as évek pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiás irodalmának áttekintése azt jelzi, hogy a pszichoterápia "tudományos alapját" abban látták, hogy olyan hasonló, megismételhető szabályszerűségeket keressenek a pszichoterápiában, mint amit a pszichoanalízisben találtak, az áttételes neurózis formájában. [Példákat ld. Bálint et al, 1972; Bibring 1954, Ekstein és Wallerstein 1972, Dewald 1964, Frank 1961, A. Freud 1954, Gill 1951, 1954, Gill és Hoffman 1982, Greenison 1965, Havens 1986, Horowitz 1979, Langs 1976, Levine 1952, Luborsky 1984, Malan 1976, Mann 1973, P. H. Ornstein és A. Ornstein 1977, Stone 1954, Strupp és Binder 1984, Wallerstein 1969, 1975, Weiss és Sampson 1986]. Az ilyen szabályszerűség és reprodukálhatóság kölcsönözheti azután a pszichoterápia saját tudományos alapját. Ezt a kérdést két fórumon tekintették át az Amerikai Pszichoanalitikus Szövetségben (1952 és 1954) és egy fórumon a Nemzetközi Pszichoanalitikus Szövetségben (1969). Ezzel együtt a kérdés megválaszolatlan maradt. Nem sikerült megegyezésre jutni olyan alapvető kérdésekben, mint az egyik, vagy másik kezelési mód céljai, eszközei; a módszerek és az idő-tényezők (heti egyszeri vagy kétszeri, illetve háromszori, vagy négyszeri ülés) összeegyeztetése. Úgy tűnt, hogy a probléma az, hogy a pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia különböző technikákat alkalmaz, melyek közül néhány közel hozza azt a pszichoanalízis gyakorlatához, míg mások eltávolodnak a pszichoanalízistől. A javallat, az újramegerősítés, a tanácsadás, a lereagálás és a manipuláció túlsúlya elkülönítette a pszichoterápiát a pszichoanalízistől, míg a tisztázás és az interpretáció túlnyomó alkalmazása a két kezelési modalitást egymástól kevésbé elkülöníthetővé tette. Mi, az 1970-es években kapcsolódtunk be ebbe a vitába és avval a folyamatosan erősödő trenddel értettünk egyet, mely el kívánta törölni a pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia terminust és helyette a pszichoanalitikus pszichoterápia elnevezést alkalmazta arra a kezelési formára, melyet a pszichoanalízis folyamatába illeszthető (P.H. Ornstein és A. Ornstein, 1977).

A két kezelési mód közötti különbség még nem tisztázódott, mivel a kortárs kutatók fenntartották azt a nézetet, hogy csak a pszichoneurotikus állapotok idéznek elő interpretálható áttételeket. Ugyanakkor azon betegek többsége, akiket pszichoterápiába vettek, ritkán szenvednek jól körvonalazott pszichoneurózisban. Sokkal gyakrabban szenvednek inkább különböző személyiségzavarokban. Más szavakkal, ahelyett, hogy egy megoldatlan Oedipus-komplexummal kapcsolatos intrapszichés konfliktus következményeitől szenvednének, a pszichoterápia páciensei sokkal gyakrabban szenvednek "preoedipális" traumák következményeitől. Ezeket aztán különbözőképpen értelmezték, vagy úgy, mint amelyek "preoedipális konfliktusokhoz" (és az ezzel kapcsolatos személyiségzavarokhoz) vezetnek, vagy úgy, mint amelyek a psziche defektusai, illetve deficitjei, melyek másodlagos konfliktusokkal és kompromisszumok kialakulásával (valamint az ezekkel kapcsolatos személyiségzavarokkal) járnak. Ez volt az elsődleges oka annak, hogy miért ajánlották a pszichoterápiában résztvevő pácienseknek a manipulatív technikák kiválasztott sorát. Mindazonáltal, ha olyan páciensek, akiknek pszichológiai szerveződését preoedipálisnak tekintették, mégiscsak kialakítottak áttételes reakciókat (mint elkülönített az áttételes neurózistól), akkor ezeket inkább "kezelní" kellett és nem interpretálni, így kerülve el további tudattalan infantilis vágyak mobilizációját. Az ilyen intervenciók azt a célt szolgálták, hogy segítsék a pácienseket egójuk integrálásának fenntartásában (Gill, 1951).

Az ego-pszichológia, azáltal, hogy magában foglalja egy sajátos zavar drive-val kapcsolatos, valamint környezeti eredeteit is, a beteg pszichopatológiája természetének tekintetében egyfajta finomodást eredményezett a klinikai gondolkodásban. Azáltal, hogy keretein belül tartalmazza a tárgy-kapcsolati elméletet, az ego-pszichológia gazdagította a személyiség fejlődésének klinikai megértését is (pl. Mahler szeparáció-individuáció elmélete, [Mahler et al, 1975], ahogyan ezt Kernberg felhasználta a borderline állapotok fejlődési eredetének magyarázatában [Kernberg, 1975, 1984]).

Azáltal, hogy keretei közé foglalta mind a tárgy-kapcsolatok, mind a pszichoszexuális fejlődés elméletét, az ego-pszichológia egyfajta eltolódást indított el a tudattalan id impulzusokra helyezett elsődleges fókusztól, és helyette a figyelmet a tudattalan védekezések természetére és a páciens speciális adaptív mintázataira irányította. A pszichoterápia gyakorlatában résztvevő klinikus azt várná ettől az eltolódástól - az id kutatásától az ego "dinamikájának" kutatása felé -, hogy a klasszikus pszichoanalitikus elméletet megfelelőbb útmutatóvá teszi.

Ugyanakkor, ahogy erre már korábban is utaltunk, valójában hiába finomította az ego-pszichológia a terapeuta gondolkodásmódját a pszichopatológia és a személyiségfejlődés természetét illetően, a kezelés elmétere nem hatott ez a fejlődés. Így keletkezett egy egyre mélyülő szakadék a pszichopatológia diagnózisában elért fejlődés és a pszichoterápia gyakorlata között. Annak a problémának a megoldása, hogy "hogyan működik a pszichoterápia" nem csak haszontalan elméletieskedés. Mivel a beteg-populáció túlnyomó többsége egy harmadik fél anyagi támogatásától függ, a pszichoterápia szükségességének tudományos igazolása hivatalosan előírttá vált. Ennek eredménye számos pszichoterápiás kutatási project létrejötte (pl. A Menninger Alapítvány Pszichoterápiás Kutatási Projectje [Wallerstein és Robbins, 1956; Wallerstein et al, 1956; Kernberg et al, 1972]; A Vanderbilt Egyetem Kutatási Csoportja [Strupp és Binder, 1982], valamint számos kézikönyv megszületése annak érdekében, hogy a módszereket standardizálja [Luborsky et al, 1980]). Mindazonáltal, maga a pszichoanalitikus elmélet - ahogyan azt Freud a neurotikus betegekkel való munkája során megfogalmazta - soha nem kérdőjeleződött meg, mint olyan elmélet, mely a legalkalmasabb arra, hogy a pszichoterapeutát klinikai munkájában vezesse. A kérdés csupán az volt, hogy meddig módosítható a pszichoanalízis módszere (a "szabad asszociáció") és technikája (az interpretáció) úgy, hogy a módosított kezelési formát még mindig "pszichoanalitikusnak" tekinthessük.

Néhány évtizede most már, hogy a pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia technikájára vonatkozó javallatokat kidolgozták (szupportív, vagy expresszív, vagy a kettő kombinációja), a döntést, hogy a felsoroltak közül melyik eljárást kell elsődlegesen alkalmazni, a pszichopatológia természete, azaz a "dinamikus diagnózis" alapján kell meghozni. Ezeket a diagnózisokat pedig inkább a páciens története és kezdeti bemutatkozása alapján kell felállítanunk és nem a kezelés során esetleg felmerülő áttételek alapján felmérnünk (Luborsky, 1984).

Mint az ego-pszichológia keretein és az áttétel hagyományos szemléletén belül működő pszichoterápia ezen összefoglalása háttérként szolgálhat további fejtegetéseinkhez azokról az előrelépésekről, melyek a pszichoanalitikus Self-pszichológia bevezetése óta történtek. Kohut, maga nagyban hozzájárult ahhoz, hogy elképzeléseit alkalmazzák a pszichoanalitikus pszichoterápiában, azáltal, hogy be is mutatta megközelítési módját a "Kohut szemináriumok: a Self-pszichológiáról és a serdülőkkel és fiatal felnőttekkel folytatott pszichoterápiáról" c. művében (Elson, 1987).

Ezeken a szemináriumokon Kohut, új elméletétől vezérelve, belelélt magát a betegek élményeibe és a magyarázat és megértés "terápiás egységét" alkalmazta - épp úgy, mint bármely jól vezérelt analízisben. Eddig, a két módszer úgy tűnik, folytatódott. Később azonban kimutatta (Kohut, 1980), hogy inkább a kezelés céljai és nem annak technikája különíti el egymástól (többé-kevésbé élesen) a két kezelési folyamatot. Az analízis célja, hogy a páciens személyiségének egy szektorában történjen változás, míg a pszichoterápia célja az, hogy annak egy szegmensében idézzen elő változást. (Képzelnünk el például egy almát. A "szektor" arra a területre utal, melyet a felszíntől elindulva a magig

kivághatunk, míg a "szegmens" arra a területre utal, amit a felszínnel párhuzamosan vágunk ki, a mag elérése nélkül.) Ez a különbség abban rejlik, hogy "(a pszichoterápia) genetikus-dinamikus, (a pszichoanalízis) dinamikus-genetikus." (Kohut, 1980, p.536). Más szavakkal, a pszichoterápiában elsődlegesen (de nem kizárólagosan) a dinamikai kérdésekre összpontosítunk, míg a pszichoanalízisben (újra csaknem kizárólagosan) a genetikus kérdésekre.

A Self-pszichológiának a pszichoterápia folyamatára és levezetésére, valamint a pszichoterápia és a pszichoanalízis elkülönítésére tett hatása hamar felkeltette számos Self-pszichológiailag képzett pszichoanalitikus és pszichoterapeuta érdeklődését. Néhányan a pszichoanalízist, mint a kontinuum egyik vége, az intenzív pszichoterápiát, mint a kontinuum közepe, és a rövid pszichoterápiát, mint másik végpont, közötti folytonosságot hangsúlyozzák (London, 1980; P.H. Ornstein és A. Ornstein, 1977; Palaci, 1980). Mások, akár a különböző célok (Goldberg, 1980), akár a kezelési kapcsolat és a kezelési folyamat természetének különböző minősége (London, 1980) alapján, akár a különböző fejlődési eredetekkel és a pszichopatológia súlyosságával kapcsolatos különböző kezelési módszerek alapján (Basch, 1980, 1988; Muslin és Val, 1987), a különbségeket emelik ki. Basch visszatér a neurózisok és a narcisztikus személyiségzavarok kezelésének Kohut-féle korai, éles elkülönítéséhez. Kiterjedt fejlődés-elméleti és agyfiziológiai ismereteit helyezi pszichoterápiás megközelítésének középpontjába, míg a Self-pszichológia klinikai elméletét (beleértve az áttételt is), egy másik útirány-jelzőnek tekinti. Ezáltal a pszichoanalízis és a pszichoterápia közötti éles dichotómiához jut és úgy tűnik, hogy nem befolyásolja a folyamat-orientált megközelítés. Muslin és Val (1987) a Self-pszichológia keretein belül tekinti át a pszichoanalitikus pszichoterápiák főbb spektrumát.. Mindazonáltal, ők is visszatérnek a szupportív pszichoterápia, pszichoanalitikus terápia, vagy pszichoanalízis, diagnózis és technikai megalapozottságú szelekciójához és így őket sem vezérli a folyamat-orientált megközelítés.

Mindent egybevetve az "éles dichotómia vagy kontinuum" vita megoldhatóan látszik, attól függően, hogy a kontinuum szélső végeire összpontosítunk-e (ahol a különbségek valószínűleg élesebbek), vagy a középső szakaszra (ahol kevésbé azok). A fontos itt az, hogy mely szemlélet nyújt nagyobb heurisztikus értéket és klinikai-pragmatikus jelentőséget; mely szemléleti mód teszi lehetővé a pszichopatológia, a gyógyítás (a kezelés céljai) és a módszer elméleteinek szerencsés eggyéválását. Szemléletünket és módosításainkat ezek a megfontolások irányítják. Az általunk leglényegesebbnek tartott előnyök a következőkkel állnak kapcsolatban: 1) a kezelési folyamat során az empátiás meghallgatás hatásának növekvő méltánylása; 2) mennyiben teszi (tette) lehetővé a Selfobject fogalma és a Selfobject áttétel felismerése, a pszichopatológia és a pszichoanalitikus pszichoterápiák összes formájában, hogy a pszichoterapeuta különböző körülmények között is közeli érintkezésben maradjon a páciens szubjektív élményeivel; és végezetül 3) az empatikus meghallgatás és az interpretatív reagálás mennyiben helyezte a pszichoanalitikus pszichoterápiát a pszichoanalízisnél nem kevésbé "tudományos" (nem kevésbé folyamat-orientált) alapokra.

Ahogy azt jelezni fogjuk, az interpretatív beszéddel (azaz a megértés szókincsének alkalmazásával és a páciens szubjektív élményeinek elmagyarázásával) figyelmet szentel a pszichoterápiás folyamat kialakulásának és így oltalmazza azt. A terapeutának a kialakuló folyamatra fordított figyelme fennmarad, ha pszichopatológia-elmélete és gyógyítás-elmélete közeli kapcsolatban állnak és ezek irányítják a kezelés levezetését. Más szavakkal, az empátiás meghallgatás perspektívájával, a Selfobject-áttétel jelenlétének felismerésével és az interpretatív beszéddel, a Self-pszichológiailag képzett terapeuta napi pszichoterápiás gyakorlatában áthidalja a pszichopatológia és a gyógyítás elmélete közt tátongó szakadékot. Ha már egyszer a kezelés folyamata került a terapeuta vizsgálódásának középpontjába, akkor már a többi kapcsolódó kérdés is a helyére kerül. Mivel a pszichoterápia céljai részét képezik a gyógyítás elméletének, a folyamat szoros figyelemmel kísérése a napjainkbeli pszichoanalitikus pszichoterápia szükséges alapjává válik.

A fentieket szem előtt tartva, ez a fejezet a pszichoanalitikus pszichoterápiákat (pszichoanalízis, hosszútávú pszichoanalitikus pszichoterápia, fokális pszichoterápia) irányító alapvető elvekkel foglalkozik, tekintet nélkül arra a speciális klinikai kategóriára, melybe a páciens problémái diagnosztikailag illenek. Ezen alapelvek alkalmazását a pszichopatológia spektrumán áthúzódó néhány speciális klinikai kategóriára vonatkozólag, az ezt követő fejezetek tárgyalják (neurózis [18. Fejezet], a nárcisztikus személyiség és a magatartás zavarok [19. Fejezet], étkezési zavarok [20. Fejezet], nők kezelése [21. Fejezet]).

## AZ EMPÁTIA ÉS A SELFOBJECT ÁTTÉTEL TERMÉSZETE

Kohut 1977-es elméleti revíziója elsőre váratlannak tűnt. Mindazonáltal, magjai már jelen voltak sorsdöntő publikációjában, ("Instropekción, empátia és pszichoanalízis") (Kohut, 1957) és világosabban, még ha nem is explicitebben, "A Self analízise" c. munkájában (1971). A Self szubjektív élményei felderítésének központi jelentőségére vonatkozó felismerés nem jöhetett volna létre az empátia - mint a pszichoanalízis alapmódszere - újrhangsúlyozása nélkül.

Kohut a következőképpen definiálta az empátiát: "olyan megismerési mód, mely specifikusan ráhangolódik a komplex pszichológiai konfigurációk percepciójára" (Kohut, 1971, p.300). Gyakori mindennapos használata következtében az empátia fogalma számos különböző jelentést kapott. Egyéb dolgok között, az empátiát egyenlővé teszik az együttérzéssel, szeretettel, intuícióval. De leggyakrabban az empátia érzelmi ráhangolódásnak felel meg.

Az érzelmi ráhangolódás valóban az empátiás folyamat első lépése, de nem ezt értette Kohut az empátián. Az érzelmi ráhangolódás egyszerűen az a képesség, hogy figyelmünk fókuszát egy sajátos viselkedés-részletről áthelyezzük a viselkedés motívumára. Az érzelmi ráhangolódás képessége nélkül az emberek közötti kommunikáció kizárólag a manifeszt viselkedés - verbális, vagy egyéb - szintjén léphetne fel (Demos, 1984; Stern, 1985). Az érzelmi ráhangolódás tekinthető annak a kulcsnak, mely a "másik" belső világához vezető ajtót nyitja, de ez még nem az a fény, mely megvilágítja a szoba belsejét az ajtó mögött.

Az empátia ilyen fény. Mint a megismerés egyik formája, az empátia lehetővé teszi, hogy a terapeuta annak teljes komplexitásában átfogja a páciens szubjektív élményeit (azaz lássa a szoba belsejét), és nem csak azokat az affektusokat, melyek a viselkedést motiválják, hanem a konfliktusok természetét és azokat a kompromisszumos képződményeket is, melyek átölelik az én-élmény teljességét. Ezt értette Kohut azon kijelentésén, hogy az empátia "olyan megismerési mód, mely specifikusan ráhangolódik a komplex pszichológiai konfigurációk percepciójára" (Kohut, 1971, kiemelés tőlem). Míg az érzelmi ráhangolódás, az intuícióhoz hasonlóan, tudatelőtesen és igen gyorsan, addig az empátia "gürcölve" és próba-szerencse módon alakul ki. A terapeuta arra van ítélve, hogy elég hosszú ideig a "páciens szobájában" maradjon, hogy megismerkedjen annak idioszinkratikus tartalmaival. Ilyen szempontból tehát az "empátiás kudarc" nem tekinthető olyannak, mint amely a terapeutának abból a hibájából fakad, hogy "nem találta fején a szöveget", hanem abból fakad, hogy nem képes fenntartani az empátiás nézőpontot, azaz nem képes a páciens perspektíváján belülről történő odafigyelő meghallgatásra. Az ilyen kudarcok általánosak és nem is váratlanok, mivel a "másik" belső életében helyet foglalni egyedülállóan nehéz feladat. A másik belső világába történő empátiás behelyezkedésünk nem szokásos meghallgatási perspektívánk, bár a mindennapokban valószínűleg elég természetesen és nem én-tudatosan oszcillálunk az extrospektív és az introspektív (helyettesítően introspektív) megfigyelési módok között, a közvetlen feladatunktól függően. Szokásosan, mi, mint terapeuták, hasonló módon változtatjuk az extrospekciót és az introspekciót, de hajlamosak vagyunk olyan véleménnyel reagálni páciensünkre, melyet nem az interpretatív módon történő kommunikáció alakít, hanem inkább pszichopatológiai és személyiség fejlődési ismereteink, és a véleményünk arról,

hogyan "mi áll leginkább a páciens érdekében". Ahhoz, hogy képesek legyünk alámerülni a páciens szubjektív élményeiben - melyben elég következetesen empátiás perspektívából hallgatjuk őt -, át kell lépnünk saját pszichológiai univerzumunk határait, mely univerzumot nem csak személyes történetünk és egyéni szorongásaink, valamint kompromisszumos képződményeink alakítottak ki, hanem sajátos elméleti torzításaink is.

Ezt a pontot demonstrálja a következő klinikai kép (A beteg személyazonosságát megváltoztattuk. A beteg nőt Anna Ornstein kezelte). (Tehát szerző C.-ként jelöli meg a beteget. Mivel ezt a magyar nyelvre nehéz lefordítani, a beteget a továbbiakban "C."-vel jelöljük.)

C. - egy intelligens nő - egy olyan férfihoz ment feleségül, akinek előző házasságából már volt három gyermeke. Ezen a különös órán a páciens arról számolt be, hogy milyen nehezen tolerálja férje egyik gyermekének viselkedését. Konkrétan, minden alkalommal, mikor a gyermek fájdalmas arckifejezéssel az arcán, ránéz, ő büntudatot érez. Felelősnek érzi magát a gyermek azon fájdalmáért, hogy külön van édesanyjától. C. gyűlöli ezt a gyermeket, amiért ilyen érzéseket vált ki belőle. Később úgy találta, hogy szélsőségesen büntetően viszonyul ehhez a gyermekhez.

A terapeuta a szülő-gyermek kapcsolatáról alkotott megértése alapján felmérte a helyzetet és úgy döntött, hogy megértését megosztja a szülővel, hogy a jövőben elkerülhesse az ilyen és ehhez hasonló élményeket. Megtéve ezt, a terapeuta elveszítette empátiás helyzetét. Amit hallott, az egy gyermek és egy nő volt, akik fennakadtak egy interakcióban és tudta, hogy ennek szörnyű következményei lehetnek. Hozzáfűzésében hangsúlyozta, hogy jövőbeli kapcsolatuk szempontjából káros lenne, ha a gyermek továbbra is sikeresen ébresztene büntudatot nevelőanyjában és ezért vissza kellene húzódnia gyermektől. Mindez jó értelemben történt, de semmi hatással nem volt a zavarra és a frusztrációnak arra az érzésére, melyet az anya érzett azzal kapcsolatban, hogy képtelen a gyermek felé irányuló érzelmein és viselkedésén változtatni.

C. a következő ülésen nem jelent meg, de az azt követően igen. Az órát azzal kezdte, hogy elmesélte a terapeutának, hogy azt fontolgatta, hogy nem jön vissza többé, mely olyan lett volna, ahogyan általában kezeli a bántó érzéseket. Úgy élte át azt a "kis leckét", amit a terapeuta adott neki, mint érzéseinek teljes elutasítását. Ami az ezt követő párbeszédben megfogalmazódott, a páciensnek az a szégyenérzése volt, hogy nem képes úgy reagálni egy gyermekre, mint ahogy azt ismeretei szerint egy felnőtt nőnek tudnia kellene. Szégyenérzése még rosszabb lett, mivel beszélnie kellett a terapeutának ezekről az érzéseiről, csak azért, hogy aztán tömören elutasítsa őket. Különösen elviselhetetlennek találta, hogy míg a terapeuta empátiásnak mutatkozott a gyermekkel kapcsolatban, addig úgy tűnt, hogy vele nincs egy hullámhosszon. Érzéseit nem megértve csak büntudatot érezhetett velük kapcsolatban.

Ahogy már korábban említettük, az ilyen nem-ráhangolódás várható. A kérdés csak az, hogyan haladjunk tovább, mit kellene tennie a terapeutának a következőkben? A terapeutának rendelkezésére áll néhány lehetőség: 1) intervenciójának "helyessége" szerint tarthatja pozícióját, 2) mentegetőzhet és büntudatot érezhet "hibája" miatt, illetve 3) megfontolhatja, hogy "empátiás kudarc" mily módon érintette a páciens Self-jének speciális érzékenységét.

A harmadik lehetőséget választottam. Először is, a terapeutának az áttételen belül legitimként kell elfogadnia a páciens dühét. A fenti esetben a páciens elvárta, hogy megértsék frusztráció érzését, melyet azért érez, mert úgy reagál a gyermekre, ahogy. Arra volt szüksége, hogy megértse viselkedésének mélyebb gyökereit és nem arra, hogy leckét kapjon annak abbahagyásának előnyeiről. Nem úgy érezte, hogy a terapeuta megértette őt, hanem inkább úgy, hogy megfedte. Ami ezt számára még rosszabbá tette, az az volt, hogy tudta, hogy tanácsával a terapeuta jót akart. Dühé ezért számára indokolatlannak tűnt - ami nem különbözött attól, ahogyan szülei iránt táplált dühével kapcsolatban érzett, akik mindent megadtak számára, kivéve azt, hogy úgy érezhesse, szülei tudják, vagy legalábbis

szeretnék tudni, hogy ki ő valójában és hogyan érez. Az áttétel megszakadása a páciens nárcisztikus sérülékenységének genetikus előzményeinek felderítését indította el.

Szerencsére, az áttétel megszakadása - mely válaszként lép fel a terapeuta azon várható nehézségeire, hogy következetesen empátiás álláspontot tartson fenn - lehetőséget nyújt a páciens sérülékenysége és azok genetikus előzményei speciális jellemzőinek feltárására.

A kezelésnek ezen a pontján, a páciens már kialakított egy Selfobject áttételt, amely azon alapult, hogy úgy érezte, a terapeuta megértette őt a korábbi üléseken. Ezért "merte" zavaró érzéseit behozni a kezelésbe. A terapeuta empátiás kudarcra megtörte ezt az áttételt és ezzel együtt fenyegette a kezelést.

A következő kérdés merül itt fel:

Mi az a Selfobject áttétel és honnan tudhatja a terapeuta, hogy éppen annak a reakciónak a tanúja, mely ennek megszakadására válaszol?

A Selfobject áttétel lényegi jellemzője az, hogy a terapeuta funkcionális használatnak van kitéve a páciens Selfje által. A páciens azzal a tudattalan elvárással, a "gyógyító fantáziával" veti bele magát a kezelésbe (P.H. Ornstein és A. Ornstein, 1977), hogy a kezelésben megkapja azt, amire gyógyulása érdekében szüksége van. Ha a terapeuta nem vezet be direktív technikákat, hanem közel marad a páciens szubjektív élményeihez és a két résztvevő sikeres abban, hogy a páciens elérje, hogy úgy érezze megértették, akkor a terapeuta "stabilizátorrá" válik a páciens pszichéjében. A megjavult funkcionálásban manifesztálódó megnövekedett Self-kohézió érzés azt jelzi, hogy megvalósult a Selfobject áttételek egyike. Az, hogy ez egy tükör-áttétel (amelyben a páciens azt várja el, hogy úgy értékeljék, amilyen), vagy egy idealizáló-áttétel (amelyben a páciens ideiglenes erőt merít abból az érzésből, hogy eggyéolvad a terapeuta nagyszerűségével és erejével) lesz-e, attól függ, hogy a személyiség mely szektorában lépett fel fejlődési elcsúszás, vagy gátlás eredetileg. Az áttétel két formája nem szükségképpen jelentkezik tiszta formában. Bár az egyik, vagy a másik túlsúlyban van, az a gyakoribb, hogy kevert formában lépnek fel.

Mivel a terapeuta figyelmének a *jelentésre* kell irányulnia. Verbális és nonverbális akciói a páciensre irányulnak és nem akcióinak "aktualitására", vagy "realitására". A páciens szubjektív élményeinek jelentésének megragadása válik a terapeuta legfőbb feladatává (Schwaber, 1981). A meghallgatás módja és az áttétel természete közötti szoros kapcsolat rávilágít azokra a messzemenő következményekre, melyek az empátia újrarahangosításával és a Selfobject áttételek felfedezésével vannak kapcsolatban a pszichoanalitikus pszichoterápia gyakorlatában. A kapcsolat jelzi a jelentőségteljes ráhangolódás és elkötelezettség meglétét, vagy hiányát egy terápiás folyamatban, mely a Self-pszichológia szemszögéből nézve lényegi aspektusa a terápiás kommunikációnak.

A Selfobject áttételek kiemelésében a hangsúly a Selfobject fogalmára esik: az a mód, ahogyan a terapeuta reagál (vagy éppen nem reagál) mélyen érinti a páciens pillanatról pillanatra változó én-élményét. A Selfobject áttétel nem konceptualizálható pusztán ismétlésként, vagy eltórásként, ahogy az áttételt a hagyományos pszichoanalízisben konceptualizálják. Természetesen nem konceptualizálható pusztán a terápiás regresszió vonatkozásában felmerülőként sem. Azt, hogy mi és hogyan merül fel áttételként és hogy, az ellenállás mely formái kapnak helyet, egyaránt meghatározza a kezelési folyamatban résztvevő mindkét személy. Azok a dolgok, amelyek az ilyen Selfobject áttétel során életre kelnek olyan fázis-megfelelő Selfobject szükségletek, melyeket el kell fogadni, meg kell érteni és magyarázni, mind jelenlegi dinamikájukban, mind genetikus-dinamikus jelentésükben. Itt, a terápiás folyamatban mennek át ezek a szükségletek a szükséges átalakulásokon az archaikustól a magasabb rendű formáig. És a terápiás elményben sajátíthatók el új pszichés struktúrák, méghozzá az átalakító (transzmutáló) internalizáción keresztül. Tágan meghatározva, az *átalakító internalizáció* arra a folyamatra utal, melyben az archaikus Self-struktúrák (a grandiózus-exhibicionista Self és az idealizált szülő imágó) a Self-Selfobject mátrixon belül érettebb konstellációkká alakulnak át és ezáltal a bipoláris Self állandó funkcióivá ("struktúráivá") válnak.

Az empátia, mint a megfigyelés egy módja (a páciens én-élményeire hangolva), közvetlenül vezet a Selfobject-áttétel felismeréséhez. Azaz belülről fakadó, szétválaszthatatlan kapcsolat van a megfigyelés módja (empátia) és eredményei (Selfobject áttételek) között. Úgy véljük, ez alkotja az elmélet és a gyakorlat közötti szakadékon átívelő hidat - felismerve a belső, (és ennél fogva szétválaszthatatlan) kapcsolatot a megfigyelés módja (empátia), és a klinikai eredmények (Selfobject áttételek) között. Így ezekre alapozva fogalmazta meg az elméletek tapasztalat közeli készletét - amely a pszichoterapeuták Self-pszichológiára irányuló széleskörű lelkesedését váltotta ki.

## AZ EMPÁTIA ÉS A TERÁPIÁS DIALÓGUS

Miután felveszi a terapeuta az empátiás megfigyelési nézőpontot, akkor az, a páciens szubjektív élményei felé vezető számos akadályon átsegíti őt. A szubjektív élményekkel történő kapcsolatba lépés és a terapeuta puhatolózó megértéseinek megfogalmazása, a kulcsa a páciens terápiás folyamatba való érzelmi bevonásának. A terapeuta empátiás érzékenysége, válaszkészsége és aktív részvétele a páciens élményeinek feltárásában jellemzi a terápiás dialógust. [Erről már kiterjedten írtunk, mikor a Self-pszichológia hatását tanulmányoztuk a pszichoanalitikus pszichoterápia levezetésére, folyamatára és kereteire (A. Ornstein, 1975, 1984, 1986, A. Ornstein és P. H. Ornstein 1975, 1984, A. Ornstein és mtsai 1983, P. H. Ornstein 1975a, 1975b, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1986, 1988, P. H. Ornstein és A. Ornstein 1977, 1981, 1985, 1986).]

Vegyük elő újra a korábban leírt empátiás kudarc példáját. A páciens arra, hogy el kellett mondania a terapeutának, hogy képtelen úgy viselkedni a gyermek irányába, ahogy arra a páciens szerint egy felnőtt nő képes, szégyennel és zavarral reagált. Amikor a terapeuta nem vonta be a páciens a dialógusba, és úgy tekintette a fenti hatást, amely segít neki, hogy a páciens azonosítsa szubjektív élményeit, elhagyta az empátiás álláspontot és véletlenül törést idézett elő az áttételben. A páciens nem tudta ezeket az érzéseket önmaga megfogalmazni; a zavart okozó hatásokat először azonosítani kellett, a terapeutának és a páciensnek közösen kellett felderíteniük ezek természetét.

A terápiás dialógus levezetése azt igényli, hogy a terapeuta ne olyan előre megalkotott diagnosztikus véleményekkel dolgozzon, hogy például mi baja van páciensnek biztosan, sem olyan előfeltevésekkel, hogy a terapeuta pontosan megértheti a páciens élményeit, anélkül, hogy azokat a páciens hitelesítené. A terapeuta nem tudja meghatározni, hogy amit mondott az "empátiás" volt-e, vagy sem. Csak a páciens verbális, vagy nonverbális válaszai képesek jelezni, hogy a hallott dolgokat ő empátiásnak élte-e meg, vagy sem.

Már a kezdetektől fogva egyértelmű a páciens számára, hogy a terapeuta személyiségének, egyedi jellemzőinek egyre mélyülő megértésére törekszik és hogy maga a páciens is aktívan részt vesz ebben a törekvésben. A kommunikációnak ebben a formájában (amire mi úgy hivatkozunk, mint "interpretatív mód") a terapeuta - kellő kétellyel és kíváncsisággal a hangjában - megosztja puhatolózó megértését a pácienssel és ezzel mintegy felkéri a páciens arra, hogy szabadon helyesbítse észrevételeit és kérdőjelezze meg a terapeuta felfogását. Az interpretatív beszédmód érinti a páciens élményeinek azon aspektusait is, melyek még nem teljesen tudatosak, de amelyet a páciens affektusai, viszonyulási módjai és a terapeutának a páciensről már meglévő ismeretei - melyekre a megelőző üléseken közösen jutottak - már jeleztek. Fontos, hogy ezek az intervenciók az empátiás állásponton belül történnek és a páciens érzéseit inkább elfogadják, nem pedig megkérdőjelezik, bírálják azt (pl. "Annak a fényében, amit erről már tudunk, már értem, hogy mitől érzi így magát."). Nyilvánvaló, hogy a terapeuta megfogalmazása és újramegfogalmazása egy új dimenziót kölcsönöz a folyamatnak és arra is ösztönzi a páciens, hogy kijavítsa, illetve megkérdőjelezze a terapeuta észleléseit és ezáltal tovább tágítsa saját gondolatait és érzéseit.

Az interpretatív beszédmód mikéntje és stílusa további megvilágítást nyer, ha szembeállítjuk a két másik gyakorta alkalmazott kommunikációs móddal. Ezek egyike az a



módszer, mikor a terapeuta ismételtelen arra kéri a páciens, hogy azonosítsa az érzéseit, melyekről a terapeuta úgy tudja, hogy elfojtottak, mintha ha a kérdések végül "kibányásznák" a rejtett érzéseket és gondolatokat. A szüntelen kérdésektől azt várják el, hogy tudatosá tegye a tudattalant. A terapeuta számára rendelkezésre álló másik alternatíva az, hogy hosszú ideig csendben marad és csak akkor szól, ha úgy véli, hogy elérte a páciens problémáinak teljes és komplett megértését. Ha a páciens megkérdőjelezi a terapeuta interpretációit, vagy esetleg csak passzívan elfogadja azokat, akkor azt a terapeuta vagy a szilárd terápiás szövetség hiányának, vagy a páciens ellenállásának tulajdonítja.

A terápiás eljárás ezen alternatív módjainak mindkét példája szélsőséges, de segítenek abban, hogy a következő álláspontra jussunk: szemben a kérdező és/vagy a konfrontatív módszerrel, a megértés folyamatos közvetítése az interpretatív mód során segíti a páciens abban, hogy megfogalmazza gyakran ellentmondó, éles, vagy szégyent kiváltó érzéseit. Az interpretatív módon levezetett terápiás dialógus folyamán fellép a fájdalmas affektusok óvatos tudatosulása, amely konfrontáció és növekvő ellenállás nélkül terjeszti ki az ön-tudatosulást.

Számunkra a terápiás dialógus - ez az aktív és érzelem-teli elköteleződés - helyettesíti a terápiás szövetség fogalmát. Az ego-pszichológiában a terápiás szövetséget, mint az ego hasítását fogalmazzák meg: a páciens egy részének emocionálisan kellett érintve lennie, míg a másik részének az átéléket kellett megfigyelnie. Ez olyan volt, mintha ez a megfigyelő rész képes lenne magát arra elkötelezni, hogy részt vegyen a kutatásban. A terápiás elkötelezettséget sokkal archaikusabb szükségletek és elvárások fűtik, abban megtestesülve, amit úgy hívunk, hogy "gyógyító fantázia" (P.H. Ornstein és A. Ornstein, 1977). Legalább két szembeeszköz problémája van a terápiás szövetség fogalmának. Az első az, hogy az ilyen hasítás egy élmény-távoli elméleti fogalom, egy igen valószínűtlen szubjektív élmény a páciens pszichéjében. A második probléma az, hogy az ilyen hasítás, mint azt elképzelik, egy olyan "erős egót" jellemezne, melyet nem várhatunk el a pszichoterápiában résztvevő páciensből. Amit gyakorta összetévesztettek a terápiás szövetséggel, az valójában egy fel nem ismert, belülről kialakuló, analízis nélküli függőség a terapeutától.

Mindazonáltal a terápiás dialógus szintén számos kérdést vet fel: a dialógusnak ez a formája - melyben a terapeuta nem azután kutat, hogy mi van elrejtve, kihagyva, hanem ehelyett azt próbálja megragadni, amit a páciens átél - nem korlátozza-e a terapeutát pusztán annak figyelembevételére, amely már egyébként is tudatos a páciensben? Hogyan kerülnek be a terápiás dialógusba a psziché elfojtott, letagadott aspektusai? Ezeket a kérdéseket úgy válaszolhatjuk meg a legjobban, ha megvizsgáljuk azt a hatást, amit a terápiás dialógus gyakorol a kezelési folyamat során az ellenállások és a védekezések sorsára.

## VÉDEKEZÉS ÉS ELLENÁLLÁS: A PÁCIENS PERSPEKTÍVÁJÁBÓL

Ahogy már utaltunk rá, a terápiás dialógus elősegíti az introspekciót és a fájdalmas affektusok óvatos tudatosulását, ezáltal terjesztve ki - növekvő ellenállás nélkül - a tudatosulást.

Most közelebről fogjuk megvizsgálni ezt a folyamatot. "A terápiás folyamat mélyülése megnövekvő ellenállás nélkül" úgy hangzik, mintha azt várnánk el, hogy a védekező mechanizmusok patológiás formái eltűnének, egyszerűen a megértés érzésére válaszolva. Az, hogy a páciens úgy érzi, hogy megértették, valóban különösen erőteljes élmény, melyet ahhoz a megnyugváshoz hasonlíthatnánk, amit az izgatott gyermek él át, mikor gondozója szorosán karjai közé zárja. A Self-kohézió megnövekedése lehetővé teszi azoknak az érzelmeknek, vágyaknak és félelmeknek a genetikai feltárását, melyek eddig elfojtottak, vagy letagadottak voltak, mivel fenyegették volna a Self kohézióját. Más szavakkal, a Self-kohézió - melyet azáltal érünk el, hogy a páciens úgy érzi, megértésre

talált a terapeutánál és így megalapozódik a Selfobject áttételek egyike - lehetővé teszi azoknak a defenzív műveleteknek a csökkentését, melyek eddig a páciens szokásos reakciói voltak, hogy megvédje a gyenge, illetve fragmentációra hajlamos Selfet a további fragmentációtól.

A Self-pszichológiában a védekező mechanizmusokat (elfojtás, tagadás, projekció, stb. és azok a különböző módok, ahogyan ezek a személyiség zavarok komplex formáivá kombinálódhatnak) nem olyan gátaknak tekintjük, melyek megakadályozzák a páciens orális-dependens, ambivalens, ellenséges, vagy egyéb elfogadhatatlan vágyaival kapcsolatos "igazságok" feltárását, hanem úgy szemléljük ezeket a védekező mechanizmusokat, mint amelyek védik a Selfet az újra-traumatizációtól.

Utolsó könyvében Kohut megfogalmazta a védekező mechanizmusokról alkotott véleményét: "a védekező mechanizmusok a pszichológiai túlélést szolgálják, mint a páciens arra irányuló kísérletét, hogy megmentse legalább Self-jének azt a szektorát - legyen az bármilyen kicsiny, vagy bizonytalanul megalapozott -, amelyet képes felépíteni és fenntartani a gyermekkori Selfobject mátrix súlyos fejlődési-növekedési hiányosságai ellenére (Kohut, 1984).

A védekező mechanizmusok ilyenén szemlélete egészen más megfogalmazását kívánja meg annak a módnak, ahogyan ezek belépnek a kezelési folyamatba és ahogy ezek átdolgozódnak, mint mikor a védekező mechanizmusokat olyan ellenállásoknak tekintjük, melyek gátakat állítanak a terapeuta arra irányuló erőfeszítése elé, hogy feltárja a lélek rejtett aspektusait. A hagyományos pszichoanalízisben és pszichoterápiában a védekező konstellációk (mint amelyek komplex pszichológiai struktúrákká szerveződnek és akár tünetek, akár személyiségzavarok formájában manifesztálódnak) átdolgozását "ellenállás-analízisként" konceptualizálták: ez a védőmechanizmusok módszeres interpretációja, ahogyan azok ellenállások formájában megjelennek. Csak az ellenállások sikeres átdolgozása után várhatja el a terapeuta, hogy kapcsolatot tud felvenni a páciens elfojtott érzéseivel, vágyaival és fantáziáival. Egy hagyma rétegei eltávolításának képét használták annak a gondolatnak a metaforájaként, hogy a védekező mechanizmusokat rétegről rétegre kell eltávolítani, hogy fényt deríthessünk a páciens központi problémáira, konfliktusaira és szorongásaira. Mindazonáltal a páciens perspektíváját belülről szemlélve a védőmechanizmusok - mint a tünetek, vagy személyiségzavarok építőkövei - nem konceptualizálhatók úgy, mint amelyeket "el kell távolítani" ahhoz, hogy fényt derítsünk a páciens problémáira, mivel ezek úgy tekinthetők, mint amelyek azt a "ragasztót" biztosítják, ami összetartja a sérülékeny és/vagy fragmentációra hajlamos Selfet. Más szavakkal, azok a pszichológiai struktúrák, melyek felelősek a tünetekért és személyiségzavarokért, ugyanazok a struktúrák, melyek biztosítják a páciens Self-je legalább néhány aspektusának funkcionálását. Átdolgozásukat ezért ezzel a konceptualizációval összhangban kell elvégezni.

Egy klinikai kép kis részét mutatjuk most be, hogy demonstráljuk az egyik sajátos védekezési mód (vagy inkább én-védelem) átdolgozását, mely védekezési mód fontos funkciót szolgált a páciens pszichológiai szerveződésében. (Ezt a klinikai példát más kontextusban már részletesebben publikáltuk. Lásd A. Ornstein 1986 művében). Ebben az esetben az érzelmi (affektus) izoláció védte a Selfet a retraumatizációtól, amely ugyanakkor megfosztotta a páciens attól, hogy teljesen életben lévőnek élje meg magát és azt érezte, hogy sem saját élményeinek, sem másoknak a viszonylatában nincs teljesen jelen.

Moore úr, 32 éves pszichológus hallgató, azért jött kezelésre, mert képtelen volt érzelmeket kinyilvánítani felesége felé, akibe úgy érezte, szerelmes. Úgy vélte, hogy ez része egy nagyobb problémának, nevezetesen annak, hogy képtelen bármilyen érzelmet kifejezni. Magányos ember volt, aki hajlott arra, hogy visszavonuljon az emberektől. Általában kritikusan érzett mások irányába és barátságatlanak, valamint őt kritizálóknak élte meg őket. Az idő és anyagi korlátok miatt pszichoterápiában állapodtunk meg.

Mivel ő maga is egy mentális egészségügyi szakember, úgy gondolta, hogy a terapeutának abban kellene segítenie őt, hogy túljusson "ellenállásain", annak érdekében,

hogy jól érezze magát. Együttműködő páciens volt, hozta az álmokat és a fantáziákat és készen állt arra, hogy bármilyen "szörnyű igazságot" elfogadjon, melyet a terapeuta, az ő tudattalanjában felfedez. A kezelés korai szakaszában közölte az egyik olyan fantáziáját, mely gyakran rátör a várószobában. Elképzelte, hogy a terapeuta késye érkezik a találkozóra és úgy viselkedik, hogy az azt jelzi, hogy unja a páciens és egyáltalán nincs bevonódva a dologba. A páciens ekkor dühbe gurul és kiviharzik a szobából.

Úgy lehetne okoskodni, hogy a fantázia orális düh köré szerveződött 'primitív személyiséget tárt fel, mely megmagyarázhatja a másokhoz való közelségtől való félelmét. Belemenne a páciens vágyaiba, a terapeuta konfrontálhatta volna őt orális agressziójával, amely, legalábbis elméleti alapon, gyógyító hatásúként lett volna tekinthető ebben az esetben.

De nem ez volt a terapeuta reagálása. Ehelyett azt mondta, hogy a fantázia segíti őt annak méltánylásában, hogy mennyire nem tetszett a páciensnek, hogy "feltöri az ajtót", mely a tudattalanjához vezet, így a páciens tudni fogja, hogy mi az, amit gondosan rejtve kell tartania. A terapeuta arra is kíváncsi volt, hogy vajon a páciens elgondolkodott-e azon, hogy a csupán hetenkénti egyszeri találkozással "ellenállásait" nem lehet eltávolítani, hacsak a terapeuta nem alkalmaz valamilyen erőszakot. "Igen", felelte erre a páciens, "valamelyikünknek fel kell borítania a bilit .. ha ön nem kérdez és nem provokál, akkor én soha nem teszem meg ezt magamtól ... "

A terapeuta nem fűzött megjegyzést a fantázia tartalmához. A kezelésnek ebben az időpontjában a terapeuta még nem értette a páciens aggodalmainak - amit az, az ő "ellenállásainak" nevezett - specifikus jelentését. Mindazonáltal a terapeuta megérthette, hogy a páciens azon kényszerítő vágyát jelenítette meg, hogy a terapeuta ismerje fel azokat az érzéseit, melyeket még nem volt képes tudatosítani. Ezért a terapeuta a megértésnek erre a szintjére korlátozta megjegyzéseit, mely a páciens vágyainak elfogadását közvetítette.

E klinikai kép megértéséhez releváns az a tény, hogy a páciens tizenegy éves korában bennlakásos iskolába küldték, otthonától jelentősen távolra. Mint "jó gyerek" nem ellenkezett, de gyermekkori emlékei közül erre az eseményre emlékszik a legélénkebben. A bennlakásos iskolában töltött évek voltak életének legnyomorúságosabb évei. Felidézte intenzív magányosság-érzését és azt, hogy abszolúte senki sem volt, aki törődött volna vele, hogy mit érez. Életének azon eseményeit, amik azóta történtek, szürke fátyol fedi. Kiemelkedik ezen események közül, hogy különösebben semmit nem érzett, mikor apja haláláról értesült.

Most arra a különös órára összpontosítunk, melynek során a terapeuta megértette a páciens vágyának jelentését, hogy aktívan keresse azokat az érzéseket, melyeknek a páciens nem volt tudatában, de amelyek miatt úgy érezte, hogy a körülötte lévő emberektől érzelmileg elszigetelt.

A páciens láthatóan ingerülten lépett be a rendelőbe. Amint leült, így szólt: "Kétségbe vontam Önt .... megpróbáltam hibát találni, hogy tudjak tenni valamit.... úgy tűnik nekem, hogy folyton a nyilvánvalóval foglalkozunk .. az a fantáziám volt, hogy ha egyszerűen üvöltönni, kiabálni és gyalázni tudnám Önt, akkor minden gátlásom eltűnne". Egy pillanatig elgondolkodott, majd hozzáfűzte: "De már nem vagyok benne biztos, hogy ez az, amit akarok ... valami mást ... De hogyan fogom elérni, hogy kinyíljon az ajtó?" A terapeuta erre azt mondta, hogy egyértelműen néhány kétség csúszott azon korábbi meggyőződésébe, hogy igazából neki arra van szüksége, hogy üvöltsön és kiabáljon és valamiféle harcba vesse magát, ahhoz, hogy jobban legyen. "Lehet az" - kérdezte a terapeuta - "hogy Önnek az, hogy képes legyen üvöltönni és kiabálni a gyógyítás *eredménye* és nem annak elérésének eszköze?" [A terapeuta itt saját gyógyítás-elméletének ad kifejezést, nevezetesen annak, hogy mielőtt a páciens kifejezést adhatna érzéseinek, magán belül, valamint a terapeutával kapcsolatban kellene biztonságosnak megélnie azokat.]

A terapeuta valamennyire bizonytalan megjegyzését rövid csend követte, miután azzal folytatta, hogy a páciens kommunikációinak átfogóbb megértését (magyarázatát) nyújtotta. Közölte, hogy az az állandó nyomás, hogy erővel "nyissa ki az ajtót", vagy "borítsa fel a bilit", hogy a terapeutával kapcsolatos "igazságra" fény derüljön, elgondolkodtatta azon, hogy ami a páciens számára a legzavaróbb lehetett, az, az volt, hogy a terapeuta nem értette meg őt teljesen, ő pedig arra vágyott, hogy bárcsak megértené. Igen, felelte a páciens, arra vágyott, hogy a terapeutának legyen valamilyen mágikus hatalma, amivel megérti őt és ez fontosabb volt, mint az, amit a terapeuta megláthatna benne. Felbátorodva a páciens megerősítő hozzáfűzésén, a terapeuta hozzáfűzte: "Minden bizonnyal ez volt az, amire akkor is vágyott, mikor a bennlakásos iskolába küldték. Azt kívánta, hogy a szülei bárcsak tudnák, hogy milyen szörnyen érzi magát. Nem mondhatta el nekik, hogyan érez, de arra vágyott, hogy ők azt bárhogyan is, de tudják, és akkor talán nem küldenék el Önt. Ha mindent ismernék és értenék érzéseivel kapcsolatban, akkor Ön biztonságban érezhetné magát érzéseivel - akkor üvölhetne és kiabálhatna. (Ez egy fedőemlék volt, amely az arra vonatkozó korai vágyakat tartalmazta, hogy úgy "hallják" és "olvassák", hogy attól ő biztonságban érezhesse magát. Az emlék felhasználása ebben az interpretációban nem tekinthető egy arra irányuló kísérletnek, hogy újraalkossák azt a specifikus traumatikus eseményt, mely felelős volt a páciens jelenlegi nehézségeiért.)

Ennél a pontnál történt - már jól előrehaladt az óra -, hogy a páciens felidézte előző éjszakai álmát. Az álomban a terapeuta átpártolt és mellé állt. Nem volt benne biztos, hogy mondott-e valamit a terapeuta, vagy sem, de a páciens álmában hangosan elsírta magát és arra gondolt, hogy a valóságban ilyet nem tehetne. A sírástól nyugalom és boldogság szállta meg. Utalva az átpártolásra, a terapeuta azt mondta, hogy úgy tűnik, az álomban valamilyen előfeltételének kellett lennie annak, hogy képes legyen sírni. Lehetett az, - kérdezte a terapeuta -, hogy ami lehetővé tette, hogy sírjon, az, az a biztonság volt, melyet most megtapasztalhatott, mivel ahelyett, hogy harcba bocsátkoztak volna, mindketten képesek voltak megérteni, honnan jön a páciensnek az a perzisztens vágya, hogy a terapeuta ismerje minden gondolatát és érzését? Miközben a terapeuta beszélt, a páciens arca elsötétült és nyílvánvalóvá vált, hogy könnyeivel küszködik. Egyikőjük sem szólt és végül megeredtek a páciens könnyei. Egy kis idő múlva zsebkendőért nyúlt. Miután megtörölte a szemét, ránézett a terapeutára. A terapeuta ekkor azt mondta, hogy az, ahogyan ő megértette az álmot, talán azt az érzést váltotta ki a páciensből, hogy a terapeuta éppen most állt át "az ő oldalára". A páciens csendesen azt felelte, hogy "igen" és távozott.

Szeretnénk e klinikai kép néhány pontjára ráirányítani figyelmünket. A legfontosabb pontok egyike kapcsolódik azon korábbi állításunkhoz, hogy a megnövekedett Self-kohézió a biztonság érzését teremti meg, mely csökkenti a védő mechanizmusok szükségességét. Ebben a vonatkozásban megjegyzendő, hogy a páciens egy igen átfogó interpretáció után idézte fel álmát, melyben a terapeuta kommunikálta arra vonatkozó megértését, hogy miért olyan fontos, hogy a terapeuta mindent tudjon a páciensről; hogy a terapeuta képes volt megfogalmazni azokat az érzéseket, melyeknek eddig a páciens nem volt tudatában. Ez volt az a pillanat, mikor az az érzés, hogy megértették, annyira megnövelte a páciens Self-kohézióját, hogy visszaemlékezett az előző éjszakai álmára. Lényegében ez egy áttételi álom volt. Tartalmában az álom azt jelezte, hogy létrejött egy csendes Selfobject áttétel és a páciens nem csak a terapeutához fűződő viszonyában élte meg a biztonság érzését, hanem intrapszichésen is: az álomban tudott sírni, mely megkönnyebbülést eredményezett.

Ez a klinikai epizód illusztrálja, hogy az empátiás nézőpont, egyik, vagy másik Selfobject-áttétel megalapozása és az interpretatív intervenció, ellenállások megteremtése nélkül segíti elő a psziché mélyebb rétegeinek feltárását. Ezen körülmények között a páciens képes volt megélni olyan érzéseket, melyeket eddig elfojtott és/vagy letagadott, mivel azok fenyegették az én integritását.

Ez a magyarázat hasonló Kris magyarázatához, bár ő egy igen különböző elméleti perspektívából kiindulva adta ezt a magyarázatát a "Jó analitikus óráról" szóló írásában (Kris, 1956). Kris nézőpontja szerint a terapeuta interpretációja nem „nyújt bepillantást”. Inkább a páciens saját tudatelőtt mentális folyamatai azok, melyek a belátás folyamatában közvetítik és integrálják a terapeuta interpretációit. Ezért a terápiás munka lényegi aspektusa csendben, a terapeuta tudatosságán kívül játszódik le. Hasonlóan, a terapeuta Selfobject-ként történő felhasználása, a páciens által, szintén némán történik, a páciens Selfjének elégséges „megerősítése” érdekében kihasználva a terapeuta empátiás elfogadását és megértését, annak érdekében, hogy a páciens képes legyen megélni azokat az érzéseket, melyek korábban fenyegetést jelenthettek volna a Selfjének kohéziójára nézve.

A kezelési folyamat illetően szemlélete azt sugallná, hogy a „várószoba fantázia” nem annak a váagnak a kifejezése volt, hogy a páciens engedélyt kapjon felgyülemlett agressziója és ellenségessége kinyilvánításához. Ehelyett a páciens szembekerült egy olyan helyzettel, melyben aktívan reagálna a terapeuta rettegett közömbösségére, mely reakálás merőben különbözne attól a passzív elfogadástól, ahogyan szüleinek az ő gyermekkori érzései iránt táplált közönyét fogadta. A várószoba fantázia gyógyító fantáziájának volt az egyik aspektusa. Azt remélte ettől a kezeléstől, hogy dühe és ingerültsége rákényszeríti a terapeutát, hogy ismerje fel érzéseit és ezzel kitör abból az elszigeteltség érzésből, mely életének nagy részében körülvette.

## ZÁRÓ MEGJEGYZÉSEK

A Self-pszichológiának a pszichoanalitikus pszichoterápiára kifejtett hatása megvitatásának háttereként áttekintést nyújtottunk a pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiának pszichoanalitikus pszichoterápiává történő evolúciójának néhány kiragadott aspektusáról.

A pszichoanalitikus pszichoterápia további fejlődését érintő számos közreműködő tényező gondos áttekintése - mely a Self-pszichológia bevezetését követő módszeren, eredményeken és elméleteken alapul - azt jelezte, hogy az a nézet van túlsúlyban, mely szerint a pszichoanalitikus pszichoterápiák minden formája egy kontinuumon lenne a pszichoanalízissel, persze azzal az egyértelmű felismeréssel, hogy eltérő céljaikat különbözőképpen fogalmazzák meg. Azok, akik még tartják az éles dichotómiát mind a módszer, mind a célok tekintetében, mára elkülönült kisebbségbe kerültek. A pszichoanalitikus pszichoterápiák „egységesített szemlélete” nyújtja számunkra a további haladáshoz a legjobb lehetőséget, mivel semmi nem akadályoz minket abban, hogy ugyanazt a megközelítést alkalmazzuk módszeresen, mint amit a pszichoanalízisben használunk, kivéve ha a kezelés céljai és elrendezése más hangsúlyozást igényel. Ez illeszkedik Kohutnak (Kohut, 1980) a pszichoanalízis átdolgozásának alaposságát érintő szemléletéhez, melyet szembeállít a pszichoterápiában az erre fektetett kisebb hangsúllyal.

A módszeresen alkalmazott empátiás nézőpont vezette Kohutot a Selfobject áttételek felfedezésére. C. klinikai képe jól illusztrálja, hogy a terapeuta empátiájában bekövetkező kihagyás mennyire komolyan megzavarhatja az áttételt (C. dühös volt és azt fontolgatta, hogy nem tér vissza a kezelésbe). Ugyanakkor a helyreállításra tett erőfeszítés nem csak a közvetlen sérülés feltárásához vezethet el, hanem napfényre hozhatja azokat a megelőző csecsemő- és gyermekkori traumákat is, melyek a páciens specifikus sérülékenységéhez vezettek.

Számos jelentős következménye van a terapeuta empátiás alámerülésének a páciens élményeiben. Ha a megértést közösen kell elérni, akkor annak elérése dialógust igényel. A dialógust interpretatív módon kell levezetni, amennyiben annak kell megóvnia annak a látható folyamatnak az evolúcióját, mely irányítja az analitikus intervencióit.

Az ezen folyamat során rendszerint felmerülő védekezések és ellenállások azt a funkciót látják el, hogy a páciens megóvják a terapeuta keze általi retraumatizációtól. Moore úr kezelése illusztrálja, hogy hogyan kell az ilyen ellenállásokat interpretatíven

kezeln, hogy megelőzzük azok iatrogén módon indukált intenzitás növekedését. Az intervenciók azon fajtáját is jól példázza, melyek lehetővé teszik, hogy a páciens - az ezekre az intervenciókra adott válaszként - elengedje életének védekező attitűdjeit és viselkedésformáit és ezáltal a gyógyulás útjára lépjen.

Mindkét klinikai kép illusztrálja a pszichoterápiára irányuló hajthatatlan analitikus megközelítést, visszatükröződve az áttételre, annak megszakadására és helyreállítására, mely lehetővé teszi azok genetikus előzményeinek bizonyos fokú áttolgozását.