

CSUHAI KLÁRA

Határesetek

Egy kórkép fogalmához

Pályafutásom elején volt alkalmam találkozni határeseti betegekkel egy olyan pszichoterápiás intézmény teamjének tagjaként, ahol súlyosabb esetek kezelését is vállalhattuk, osztályos és ambuláns keretek között egyaránt, komplex pszichoterápiás eszközökkel. Akkoriban, a nyolcvanas évek elején kezdett megjelenni nálunk a határeset fogalma, de senki nem tudta igazán, mit is kell érteni alatta. Igazi kihívást és izgalmas szellemi kalandot jelentett számomra felkutatni és elolvasni a fellelhető szakirodalmat erre vonatkozóan. Több tanulmányban és előadásban összefoglaltam az olvasottakat, és remélhetőleg ezzel mások számára is érthetőbbé tehettem a határeseti betegek problémáit.

Határ, de mi között? – A fogalom története

A határeseti kórképek a múlt század közepétől kerültek egyre inkább a figyelem középpontjába. Kezdetben jelentős vitákat kavart, nem lehetett tudni, hogy pontosan mit takar a fogalom. Többféle értelemben használták, jelentése nagyban függött a kontextustól, az elméleti háttértől. Felmerült a kérdés, hogy új mentális betegséggel állunk-e szemben, vagy a korábban már ismert, jól definiált betegségek arca változott meg a bekövetkezett társadalmi, életmódbeli változásoknak köszönhetően. A társadalmi változások azt is eredményezhették, hogy másképp definiáljuk a normalitást, máshova kerül a normalitás és abnormalitás határvonala, az enyhébb zavarokkal szemben nagyobb lett a tolerancia. De az is lehet, hogy a mentális zavarokkal kapcsolatos ismeretek jelentősen felszaporodtak, sokkal differenciáltabb ké-

pet alakítunk ki az egyes betegségekről, mint korábban. S végül lehetséges, hogy a pszichoterápiás segítséget kínáló rendelők beteganyaga változott meg.

Valószínűleg mindegyik állítás igaz. Mindenesetre a határeseti betegek száma növekszik, s problémájuk egyre nagyobb hívást jelent a környezetük és a szakemberek számára egyaránt.

A viták jelentős haladást hoztak egyrészt a határeset fogalmának értelmezésében, másrészt az elméletek, kezelési technikák fejlődésében, így ma már sokkal világosabb, differenciáltabb a róla alkotott képünk.

A határeset fogalma először a század elején a pszichiátriában jelent meg. Bő fél évszázaddal azután, hogy az elmebetegekről lekerült a bilincs, többé nem bűnözőnek, hanem betegnek tekintették őket, a pszichiátria pedig megfelelő helyet kapott az orvostudományban. A már bőséges ismeretek birtokában körvonalazódott a pszichózisok, az elmebetegségek kategóriája. A határeset fogalma itt az elmebaj tünetileg enyhébb eseteit jelölte: olyan betegekre utalt, akik nem igényelnek feltétlenül kórházi kezelést, ambuláns terápiában is egyensúlyban tarthatók.

Később kapcsolódott a fogalom Freud tanainak kibontakozása, a pszichoanalízis elterjedése nyomán körvonalazódó másik nagy betegségsoporthoz, a neuroziszokhoz. Ezen a területen a súlyosabbnak látszó, olykor az elmebajra emlékeztető tüneteket is mutató, a standard kezelési technikával alig kezelhető betegekre utalt. A két betegségsoport között a tünetek különbözőségén, súlyosságán túl a legfőbb sajátosság a *beteg valósághoz való viszonya*. A neurotikus betegek tisztában vannak a fantázia és a valóság közötti különbséggel, sőt annak is tudatában vannak, hogy tüneteik, panaszaik valamilyen módon a saját termékeik. Azaz van betegségtudatuk, még akkor is, ha segítség nélkül tehetetlenek. Kisebb-nagyobb nehézségek árán együtt élnek velük, alapvetően képesek a normális életvitelre, feladataikat ellátják. Ezzel szemben a pszichotikus betegek a saját fantáziáikkal helyettesítik a valóságot, nehézségeiket a külvilágnak tulajdonítják, nem is tartják magukat betegnek. Képtelenek az önállóságra, feladataik ellátására, ezért védett környezetre van szükségük.

A két nagy betegségsoport körvonalazódásával a határeset fogalma egyre inkább a mentális zavarok egész körét kezdte jelölni, amely egyfajta közbülső helyet foglal el: egyik csoportba sem sorolható, de mindkettőre emlékeztet, súlyosság tekintetében pedig a kettő között helyezkedik el. Néhányan úgy képzelték el, a két hagyományos betegségek kategória valójában két egymást átfedő kör, és az átfedés területe volna a határeset. Azonban ahogy a normalitás és abnormalitás között is nehéz éles határt vonni, úgy a betegség fokozatai között szintén; sokkal inkább egy folytonos vonal képzelhető el a normalitástól a legsúlyosabb elmebajig, s ezen helyezkednek el az egymással határos „esetek”.

Egy új fogalom bevezetésének azonban csak akkor van értelme, ha az valami specifikusat jelöl, és nem csak „szemétkosár”

funkciót tölt be, ahova minden bedobható, ami máshova nem való. Korábban ezt a funkciót a két nagy betegségcsoportba nem besorolható mentális zavarok széles skálájának jelölésére a pszichopátia fogalma töltötte be. A tudomány fejlődésével viszont a pszichopátia fogalma önálló jelentést nyert, alapvetően a moralitás körüli zavart jelöli, és így könnyen átadta a helyét a határeset elnevezésnek.

A további fejlődés során azonban a határeset jelentése is lassan megtelt önálló tartalommal, amely a pszichoanalitikus gondolkodás és terápia fejlődésével fonódik össze. Már az 1920-as évektől megjelentek olyan pszichoanalitikus írások, amik egy önálló harmadik betegségekategória körvonalait rajzolták fel: nem a két, már jól definiált kategória tüneteire viszonyították, hanem önálló jellegzetességeit próbálták megragadni. A vizsgálódás ezután a tüneti, leíró szint helyett a személyiség struktúrájára és kapcsolati dinamikájára helyezte a hangsúlyt.

Az első kiemelkedő tanulmány Schmeidler (1959) nevéhez fűződött, aki már önálló betegségekategóriaként kezelte a határesetet, és kijelentette, hogy jellegzetes vonásait nem a tünetek képezik – azok ugyanis igen változatosak és változékonyak, emlékeztetnek a neurózisra, a pszichózisra, pszichopátiára egyaránt –, mivel azok keveredése, kombinációja minőségileg eltérő képet hoz létre. Legfőbb jellemzője a határeseti betegeknek a „*stabilitás az instabilitásban*”. Ezt követően tanulmányok sorában mások is nagyon hasonló jelenségeket írtak le. Alapvetően a kapcsolatok és a realitáshoz való sajátos viszony problémájáról van szó: a betegek olyan zavarokat mutatnak, amelyek *életük csaknem minden területét* áthatja. Hétről-hétre változtatják tüneteiket, *alacsony frusztrációs tolerancia* és *rossz impulzuskontroll* jellemzi őket, így a frusztrációra extrém dührohammal vagy éppen pánikkal reagálhatnak. Tele vannak *diffúz szorongásokkal*, én-határaik labilisabbak, védekezéseik primitívebbek, kapcsolataik utánzó jellegűek vagy elsődlegesen szükségletkielégítők, hol autisztikusan elkülönülnek, magányosak, izoláltak, hol szimbiotikus összeolvadást mutatnak.

Fejlődéslelektani adalékok

Jelentős fordulatot hozott a pszichoanalitikus gondolkodásban egyrészt az, hogy a pszichoanalízist gyerekek pszichés zavarainak kezelésére is elkezdték alkalmazni, és sokan leírták a felnőtt határeseti betegek kezelésében megfigyeltekhez hasonló jelenségeket. Másrészt az ismeretek jelentős bővülését hozták a gyermekmegfigyelések, fejlődéslelektani kutatások, amiknek eredményeivel összevethetővé váltak az addigi, valójában a felnőttek analízise során megfigyeltekből visszakövetkeztetett feltevések a személyiség normális és patológiás fejlődésére vonatkozóan.

A személyiség fejlődése az idegrendszer érési folyamata, valamint a kultúra által előírt élethelyzetek, kihívások, alkalmazkodási feladatok mentén halad, amelyben szakaszokat jelöl ki bizonyos képességek megjelenése, az azokhoz kapcsolódó problémamegoldás, a tipikus konfliktusok. A kialakuló képességek, funkciók egyre bonyolultabb struktúrába szerveződnek, integrálódnak, és a személyiségnek még azt a feladatot is el kell látnia, hogy ezt a struktúrát kellő rugalmassággal, mégis stabilan fenntartsa. Ilyen szakaszhatárt jelez az integráltságnak, képességeknek és konfliktusoknak az az együttese, amit Freud Oedipus király történetével ábrázol, és a neurotikus beteg alapvető problematikájának tekint. Ám ez a személyiség fejlődésének már meglehetősen előrehaladott, fejlett szintje. Felmerül a kérdés, milyen út vezet idáig, milyen kritikus tényezők határozzák meg ennek normális, egészséges, sikeres elérését. Erre a kérdésre a Freud utáni pszichoanalitikus elméletek, iskolák keresték a lehetséges válaszokat.

Az ember alkalmazkodása nem egyszerűen ingerekre adott veleszületett vagy tanult és begyakorolt reflexes, ösztönös válaszokból áll. Az ember alkalmazkodását elsődlegesen a dolgok jelentéséről, értelméről kialakított képe vezérli. Hogyan alakítjuk ki ezt a képet belső világunkban? Milyen zavarok keletkezhetnek a jelentésalkotás folyamatában, azt mi okozza, és milyen következményekkel jár? Éppen ebben a vonatkozásban jelentett komoly kihívást a pszichoanalitikus gondolkodók számára a határeset azzal, hogy a klasszikus, alapvetően a verbalitásra alapozott értelmezésekkel dolgozó, egyébként elég furcsa pszichoanalitikus technika a határeseti betegeknél nem működött. Míg a neurotikus betegeknél a sikeres értelmezések a „téves kapcsolások” belátásához vezetnek, így azok korrigálhatók, következképp a tünetek enyhülnek, vagy akár el is tűnnek, addig a határeseti betegek az értelmezésekre gyakran „negatív terápiás reakciót” adnak, támadásként, sértő kritikaként, vagy akár csábításként fogják fel, inadekvát válaszuk pedig olykor indulatvezérelt cselekvések formájában jelenik meg. A szavak jelentésére nem lehet biztonságosan támaszkodni, sokkal nagyobb hangsúly van a viselkedésen. A terápia kereteit, szabályait kevésbé tartják be, gyakran megsértik a határait. A terapeuta ezért gyakran kényszerül direkt szabályozó lépésekre, s hosszú ideig főként a feltételek megteremtéséről, a megfelelő kapcsolat kialakításáról és fenntartásáról szól a kezelés. Míg a neurotikus betegekről néhány találkozás után eléggé koherens kép alakulhat ki a terapeutában, addig a határeseti betegről szerzett benyomások hosszú ideig kaotikusak lehetnek, s nehezen áll össze a kép. A terapeuták gyakran úgy utalnak rájuk, hogy „zűrös beteg”, ami nagyon megterhelő a számukra. Legtöbbször *elhúzódó serdülőkori válság* képét nyújtja: szélsőséges hangulatingadozásaival, hol túlzott impulzivitásával, hol erőtlenségével, lelkesedésével vagy máskor elégedetlenségével. Gyakran keverednek rendkívüli, izgalmas, sokszor

veszélyes kalandokba, szinte hajszolják az intenzív élményeket, valószínűleg a belső üresség gyötrő élményének elkerülésére, amiről sokszor panaszkodnak is. Ennek keretében nem ritka a túlzott drog- és alkoholfogyasztás, az öndestruktív aktivitás, az öngyilkossági kísérlet – bár nem feltétlenül az önpusztítás szándékával. Úgy tűnik, csak az intenzív izgalmak, fájdalmak jelenetek megélhető élményt.

Az 1950-es évektől kezdve éppen a határeseteken demonstrálva jelentős hangsúlyváltások, új irányzatok, iskolák jöttek létre a pszichoanalitikus gondolkodásban; mondhatni a határeseti kórképek a pszichoanalízis ügyévé váltak. Előtérbe került a belső reprezentációk és ezek kisgyerekkori fejlődésének kérdése. A gyermekmegfigyelések és -kutatások eredményei is azt igazolták, hogy a pszichés fejlődésben elsődleges fontosságú az anya-gyerek kapcsolat minősége, az abban zajló kommunikáció mozzanatai, a közöttük zajló jelentésalkotó folyamat. Ezzel párhuzamosan a terápiában is az értelmezés helyett a terapeuta és páciens közötti kapcsolati történések, az úgynevezett áttételes-viszontáttételes viszony természete, az interszjektív folyamat került a figyelem középpontjába.

A belső reprezentációk világában a szjektív és objektív elkülönítése az élettelen tárgyak esetében viszonylag egyszerű. Motoros, manipulációs eszközökkel elkülöníthető a tárgyak szemléltőtől független léte, s a kisgyerek gyorsan fejlődő mozgásos képességeivel viszonylag korán kialakul belső élményében a tárgyak állandóságának élménye és azon műveleti sémák rendszere, amikkel az újabb, addig ismeretlen tárgyak is tesztelhetők. Az igazi kihívást az élő tárgyak, az emberek jelentik, ugyanis viszonylag állandó külső megjelenésük ellenére változó élményeket adnak. Hol a kielégülés kellemes élménye, hol a frusztráció kellemetlensége követi szükségszerűen a velük való találkozást. Érzéketlen jegyek, az élettelen tárgyak esetében bevált motoros műveletek, manipulációk nem teszik megjósolhatóvá az eseményeket. Kritikus, konfliktusokkal teli fejlődési szakasz következik, amelyben a kisgyereknek fel kell fedeznie, hogy a másik ember és ő maga is a szem elől viszonylag rejtett belső jelentésalkotó, vágyakat, elvárásokat, szándékokat tartalmazó belső világgal rendelkezik, és fel kell fedeznie azokat az eszközöket is, amikkel ebben a belső világban tájékozódhat.

Ezek az eszközök az érzelmek, amik eddig viszonylag differenciálatlanul az élmények gyenge ingerlés nyomán előálló kellemes, valamint az intenzívebb ingerlés nyomán keletkező kellemetlen minőségű csoportjait különítette el. Ezek most a két póluson belül elkezdene differenciálódni.

Talán jól érzékelteti ezt a fordulópontot a másfél-kétéves gyerek, aki kíváncsiságtól hajtva négykézláb közeledik a falba szerelt konnektorhoz anyja nem kis rémületére, hogy újját beledugva megvizsgálja azt. Anyja hangját felemelve, szemöldökét összevonva, talán kicsit még a gyerek kezét is meglegyintve

azt mondja, nem szabad, és megakadályozza az akciót. Ennek néhány ismétlődése után a gyerek megtanulja, hogy megállítsa mozdulatát, de mégis újra meg újra megpróbálkozik, miközben válla fölött hátra tekintve figyelni anyját és csillogó szemmel várja a már ismert reakciót. Majd örömmel nyugtázza: az történt, amit várt, így kapcsolati játékká alakítva a helyzetet anyjával együtt nevelhetnek a csibészésen, és mindketten örülhetnek, hogy értik egymás szándékát.

Éppen ezt a fejlődési szakaszt vizsgálták behatóan a modern pszichoanalitikus iskolák szakemberei a határeseti betegekkel szerzett tapasztalatok és a gyermekmegfigyelések, a fejlődéslélektani kutatások eredményei alapján.

Az egyik kiemelkedő kutató ezen a területen Margaret Mahler, aki gyermekorvosként kezdte a pályafutását. A személyiség fejlődéséről kialakított elméletét gyerekek viselkedésének, az anya-gyerek interakcióknak a gondos megfigyelésére és az anyákkal készített interjúkra alapozta. A gyerek megnyilvánulásai között igyekezett megtalálni a későbbi határeseti beteg jellegzetes viselkedési jegyeinek előfutárait, később pedig a felnőtt határeseti betegekkel folytatott terápiákban megfigyelteket a fejlődés sajátos fázisainak jellegzetességeihez kötni. Elméletét 1975-ben munkatársaival írt könyvében mutatta be.

Felfogása szerint a kisgyerek kezdetben az anyával pszichés „szimbiózisban”, „duál-unióban” él, amely az önfenntartás ösztönében és képességében nagy hiányokkal születő emberi csecsemő túlélésének, fejlődésének, majd különálló egyénné válásának alapfeltételeit biztosítja. Ebből „kikelve” azonban hamarosan kezdetét veszi kb. fél éves korban a szeparáció-individuáció folyamata, annak jellegzetes szakaszaival. Az első szakasz a „differenciáció” nevet kapta, aminek kezdetét az idegen ember megjelenésére adott szorongásos reakció jelzi. Míg korábban minden emberi arc megjelenése mosolyt, érdeklődést váltott ki, most a kisgyerek meglepődik, sírva fakad, elhúzódik, ha ismeretlen arccal találkozik. Ez a jelenség jelzi, hogy különbséget tud már tenni más emberek és anyja között, akiről már elég stabil, felidézhető emlékképet őriz, s ez összevethetővé teszi más arcokkal a távollétében is, továbbá várakozást kelt megjelenésére vonatkozóan. Az lehet az ijesztő, hogy nem a várakozásnak megfelelő arc jelenik meg.

A következő szakasz a „gyakorlás” fázisa, amelynek során a fejlődő motoros, helyváltoztató képesség lehetővé teszi az anyától való térbeli eltávolodást és a környezet intenzív vizsgálatát, önálló felfedezését. Mahler megfigyelése szerint ezt mámoros felhangoltság kíséri, a kisgyerek láthatóan élvezi a képességeit, felfedezéseit, s úgy tűnik, a közben adódó eseményeket, sérüléseket fel sem veszi, megy tovább, szinte megmámorosodva önállóságától.

16–17 hónapos korban aztán jelentős változás következik be. A gyerek anyja távollétében lehangolttá válik, állandóan az

ő holléte foglalkoztatja, nélküle gyámoltalannak látszik, a jelentéktelen sérülések is nagy katasztrófát jelentenek. Minduntalan igyekszik rávenni anyját, hogy vegyen részt a játékaiban, tárgyakat visz neki, követelőzően megragadja a kezét, hogy azt csinálja, amit ő akar, aztán a segítséget mégis elutasítja, mintha maga sem tudná, mit is szeretne. Úgy tűnik önállósága megnövekedett tudatában ráébredt arra, hogy a világ nem hajlandó mindig a vágyai szerint működni. Nemcsak hogy nem mindenható, de valójában nagyon kicsi és sokszor tehetetlen, szüksége van a segítségére. Újra közeledik anyjához, vágyakozva a régi összeolvadásra, de *ambivalens módon*, hiszen így önállósága elvesztése fenyegeti. Ambivalenciája nyűgössé teszi, ráadásul tapasztalnia kell, hogy már nem értik meg egymást olyan zavartalanul, mint korábban, sőt még anyja mindenhatóságáról is le kell mondania. Ez a konfliktus 18–20 hónapos korra kieleződik, Mahler megfogalmazásában „újraközeledési krízishez” vezet. Ebben a szakaszban különösen fontos az anya megfelelő reagálása, érzelmi elérhetősége. Képesnek kell lennie túrni és elfogadni a gyerek ambivalenciáját, szeszélyes viselkedését, elengedni és biztatni egyéni funkcionálását, mégis megbízható érzelmi támaszt nyújtani. A krízis sikeres megoldását a beszéd ekkor felgyorsuló fejlődése segíti elő, amely a beszéd révén a kapcsolat folytonosságának fenntartásával lehetővé teszi az optimális távolság kialakítását az önálló tevékenységhez.

Mahler ennek a fejlődési fázisnak a jellemzőit ismeri fel a határeseti betegek sajátosan ambivalens, követelőző, mégis elutasító, *indulatokkal teli huza-vona jellegű kapcsolódási módjában*. Ebben a korai fejlődésben több dolog is zavart kelthet, például az anya mentális betegsége, személyiségzavara, vagy csak ebben a kritikus szakaszban mutatkozó alkalmatlansága, de lehetnek sajátos életkörülmények, traumák is. Vannak, akik a gyerekkori szexuális abúzusok tipikus következményének tekintik a határeseti kórképeket, ami valószínűleg túlzás, ez csak a lehetséges traumák egyike, ami külön tanulmányt érdemel, és kétségtelenül súlyos és nehezen korrigálható nyomokat hagy maga után a személyiség fejlődésében.

A másik kiemelkedő szerző Winnicott, aki szintén gyerekorvosként kezdte a pályafutását, és a pszichoanalízis modernkori történetében elsőként használta a határeset fogalmát. Átfogó elméletet ugyan nem dolgozott ki, de adott néhány fogalmat, amikkel bizonyos jelenségeket, folyamatokat magyarázott, s tette velük érthetőbbé a határeseti betegek alapvető problémáit.

Winnicott az átmeneti jelenségek egész sorát írja le az ujjszopástól kezdve a sor végén egy-másfél éves kor táján egy valódi tárgy, egy takaró, puha anyag, játék mackó kiemelkedésével, amely „átmeneti tárgy”-ként különös jelentőséget nyer a gyerek számára. Winnicott szerint mindez a szimbólumhasználat kezdetét jelzi. Az átmeneti tárgy az anyát helyettesíti, mintegy az ő szimbóluma. Mégsem szimbolikus volta a legfontosabb, hanem

ténylegessége, valódisága. A gyerek számára nem egyértelműen szubjektív, nem is objektív, hanem valahogy a kettő együtt. A tárgy objektivitását a rajta végrehajtott motoros akciók, manipulációk adják, amelyek ekkorra már a gyerek számára a tárgyi világban való tájékozódás eléggé megbízható eszközét adják. Az átmeneti tárgy szubjektivitását viszont a hozzá fűződő érzelmi viszony teremti meg. A gyerek maximális jogot gyakorol felette; a beleegyezése nélkül nem cserélhető ki; egyaránt tárgya szeretetének és gyűlöletének, amit az átmeneti tárgynak túl kell élnie. Az egészséges anyák ezt a viszonyt értik és tiszteletben tartják. Nem felejtik el, hogy minden sétára vinni kell, nem mossák ki, amivel biztosítják az állandóságát, akármilyen piszkos és bűdös legyen is.

Az átmeneti tárgy idővel „kimegy a divatból”, „lomtárba kerül”, elveszíti jelentőségét. Azért történik így, mert az elfoglalt helyet más dolgok kezdik betölteni: azok a lelki folyamatok, belső reprezentációk, amelyek a kulturális élmény tartozékát, alapját adják. Ez azáltal valósul meg, hogy a tér, amit az átmeneti tárgy a való világban betöltött, reprezentálttá válik a belső pszichés realitásban, belső lesz, a pszichés realitás átmeneti tárgyai, tartalmai töltik ki ezután. Ez Winnicott megfogalmazásában a „potenciális tér”. Potenciális, hipotetikus, lehetséges tér, mert valójában nincs kiterjedése, amit centiméterrel mérhetnénk. De fel kell tételeznünk a létezését annak a térnek, ahol a szubjektív és objektívitás összeér, s részben – de csak részben – átfedi egymást.

Az átmeneti tárgyhoz két paradoxon fűződik. Az egyik abban áll, hogy a hozzá való viszony egyszerre szubjektív és objektív, a másik pedig abban, hogy az anyával, a másik személlyel összekapcsol és tőle szétválaszt egyszerre. Winnicott megfogalmazása szerint az átmeneti tárgyhoz fűződő viszony az élmény semleges területe, ahol a paradoxon létezését elfogadjuk, és nem tesszük fel a kérdést, hogy az ott levő tárgy szubjektív vagy objektív, képzelt vagy valóságos. Az átmeneti tárgy azonban valódi kielégülést nem ad, a gyerek szeparálódásának folyamatával a paradoxon nyílt problémává válik, az „is-is”-ből „vagy-vagy” lesz, az ellentmondást pedig meg kell oldani. Segít ebben a fejlődésben a másfél éves kor körül megjelenő gesztus, továbbá vele együtt megjelenik az éntudatnak egy jelentős foka, amely már nemcsak az anyától való szeparáltság tudását tartalmazza, hanem azt a tudást is, hogy a jelentést én csinálom, függetlenül a tárgytól. A tárgy, a mackó vagy takaró pedig ettől a képességtől függetlenül létezik. A gesztus megjelenése fontos fordulópontra a gyerek életében. Az átmeneti tárgyhoz fűződő első paradoxont megoldja, ugyanakkor kielezi a másik paradoxont, mégpedig azzal, hogy a szubjektív jelentésalkotás élménye, felismerése eltávolítja a tárgytól, a másik embertől, és teljes elszakadással fenyeget. A gyerek rémületében megpróbál újra mágikus kontrollt gyakorolni a világ felett, azonban ez az újraösszeolvadással, a már kiví-

vott önállóság elvesztésével fenyeget, amelyet Mahler leírásában az „újraközeledési krízis” kapcsán már megismerhettünk.

A gyerek tehát komoly konfliktussal találkozik: életében először azzal szembesül, hogy a világhoz való viszonya ellentmondásos. Védekezésékként megpróbálhatja a dolog két oldalát szétválasztani, és hol az egyiket, hogy a másikat, vagy mindkettőt tagadni. A konfliktus egyetlen adekvát megoldási módja az átmeneti tárgyat megszüntetve megtartani, felcserélni valamivel, ami szubjektív, de továbbra is összekapcsol és szétválaszt egyszerre. Erre éppen alkalmas eszköz a gesztus, az átmeneti tárgyat felváltó szubjektíven alkotott szimbólum, később a képzet, a fogalom stb., tehát a szimbólumok sora.

Winnicott hangsúlyozza, hogy az „elég jó anyai ellátás” kriteériumai ebben az időszakban azzal bővülnek, hogy az anyának meg kell értenie a gyerek gesztusait, azokat hitelesítenie kell, s nem pedig a saját gesztusait, elképzeléseit kell helyezni azok helyébe. A kisgyerek gyakorolni kezdi felfedezett új képességét, mint minden más újonnan felfedezett funkcióját, és közben feszülten figyel a környezetére reagálását. Régebben különösen gyakran találkoztam egy rokon gyerekkel, szinte naponta töltöttünk együtt órákat, így minden új tudományát frissiben megismerhettem. Évtizedek távlatában is élen emlékszem arra, amikor először bemutatta a csak gesztusokkal, minden tárgy nélkül folytatott játékot. Gesztusokkal, mozgással elkezdte lejátszani, hogy megterít, ebédet ad nekem, és közben arca feszült várakozást, izgalmat tükrözött, szemében egyszerre kis bizonytalanság és játékosság fénylett. Tétje volt a dolognak, de nagy baj nem lehetett, hiszen ismertük egymást. Megértettem a közlést, én is bekapcsolódtam a játékba, mire az arcán megkönnyebbült mosoly áradt szét.

Az átmeneti tárgy kimegy a divatból, mégpedig olyan gyorsasággal, ahogyan a funkcióját átveszik a gesztusok és szavak, amelyek szubjektívek és objektívek egyszerre: szubjektívek, amennyiben a személy által alkotott jelentés hordozói, közvetítői a másik ember felé; objektívek annyiban, amennyiben a másik ember hitelesíti azáltal, hogy megérti őket. Ezen az úton összekapcsol, hiszen a jelentésnek van egy közös tartománya, amelyben egyek vagyunk, a különlét számára mégis teret biztosít a szubjektivitásnak.

A potenciális tér, amely eddig ott volt az anya és gyerek között, s a külső valóságban létezett a mackó által kitöltött térként, most a belső pszichés realitásban leképeződik, és lelki tartalmak, tárgyak, termékek, jelentések töltik ki. Winnicott megfogalmazásában a játék, a kulturális, a vallási élmény tere, valamint ebben a térben zajlik a pszichoterápia, azonban kitölthetik patológiás termékek is.

Potenciális, hipotetikus tér nemcsak azért, mert létezését feltelevizük, de azért is, mert az élménynek az a tere, ahol a lehetséges dolgok léteznek a döntés kényszere nélkül, ahol átmeneti

pihenőt tarthatunk az objektív és szubjektív összeegyeztetésének feszültségekkel teli folyamatos küzdelme során. A gesztusok és szavak azonban hosszú ideig ugyanolyan mágikus erővel bírnak, mint előtte az átmeneti tárgy, és csak a valósággal való, elszakadással fenyegető összeütközések során szerzett tapasztalatok nyomán veszítenek mágikus erejükből. Helyüket a kommunikációban egyre inkább átveszi a jelentést jobban tükröző, általánosítást és elvonatkoztatást lehetővé tevő nyelvhasználat. A dolgok értelme, jelentése biztosabb tájékozódást tesz lehetővé az élmények között, mint az érzelmek. A képzetek és a hozzájuk kapcsolt nyelvhasználat az érzelmek féken tartásához és transzformálásához is jó eszközt biztosít. Így azok levezetést találhatnak a fantáziában, játékban, mesében, művészi alkotásban, azaz az élménynek abban a terében, amelyet a dolgok belső és külső realitású viszonyainak kettős tudata biztosít. A kettős tudatot megfigyelhetjük a mesét hallgató kisgyereknél, vagy amikor játék közben homokból süteményt készít, ám amikor megéhezik, akkor anyjától kér ennivalót, s nem jut eszébe megenni a homoksüteményt. Jól ismerhetjük mindezt a felnőtt színházi élményéből is, amikor azonosul a főszereplővel, beleéli magát a történetbe, de nem jut eszébe felszaladni a színpadra, hogy a vitás kérdésekben igazságot tegyen, vagy saját kedve szerint alakítsa a történetet. A szüntelen kreativitás, a jelentések alkotásának és újraalkotásának képessége által tudunk ebben a térben létezni – az egészség kritériuma éppen ennek a kreativitásnak a folytonossága.

A valóságvizsgálat e folyamata azonban hosszú ideig bizonytalan, sérülékeny és érzelmileg hangsúlyos helyzetekben könnyen összezavarodhat. Jól példázza ezt egyik esetem, amikor valaki egy édesanyját irányított hozzám azzal, hogy amilyen hamar csak lehet, fogadjam, mert rettenetesen kétségbe van esve, ugyanis az alig több mint négy éves lánya néhány nap óta olyan dolgokat művel, amiért egy felnőttet azonnal bolondokházába csuknának. Azonnal fogadtam az anyukát, aki elmesélte, hogy eddig semmi probléma nem volt a gyerekekkel, de néhány napja szinte semmi mást nem csinál, csak minden családtaghoz újra meg újra odamegy, és azt mondja neki: „Nem szeretlek, halj meg!” Látszik rajta, hogy közben nagyon nyugtalan, játszani sem tud, az egész napját ez tölti ki. Már mindent kipróbáltak, próbálták szép szóval kérlelve, próbáltak nem tudomást venni róla, próbálták szidással, büntetéssel, kiküldték a szobából, külön kellett étkeznie, de próbálták már játékosan is, hogy elvarázsolják a rossz gondolatait, de semmi nem használt. Mellesleg kiderült, hogy a nagypapa, az anya édesapja néhány nappal korábban szívinfarkttal kórházba került, és mostanáig rettegtek az életéért. Így már többet értem a dologból. Próbáltam megmagyarázni az anyának, képzelve el, hogy a gyerek nagyjából ugyanazt a rettegést érzi, mint ő, vagyis hogy elromlott, „megbolondult”. Ennek a háttérben bonyolult érzelmi konfliktusok lehetnek, ami a gye-

rek életkorának megfelelő. Próbáltam elmagyarázni az Ödipusz-konfliktust az indulatokkal, versengésekkel, halálkívánságokkal együtt. Ez a gyerek ugyan már tudja, hogy a gondolat nem mindenható, de elbizonytalanodott a nagypapával történt baj és a környezet nyugtalansága miatt. Azt próbálja ellenőrizni, hogy rosszaságával, gondolata erejével ő okozta-e a bajt. A valóságvizsgálat helyreállításában kellene őt segíteni, hogy megnyugodhasson: nem romlott el; a gondolat valóban csak gondolat; attól még senkit nem ér baj, és őt sem büntetik meg a gondolataiért. Elmondtam az anyának, akár naponta százszor mondja azt a gyerekeknek, hogy időnként mindenkinek vannak buta, rossz gondolatai, majd elmúlik, azért ő továbbra is a kedves gyerekek. Az anya többet nem jelentkezett, csak az ismerősömtől tudtam meg, hogy megértette és megfogadta a tanácsaimat, és a gyerek pár nap múlva egyszer csak megkönnyebbülten felsóhajtott és azt mondta: „Micsoda butaságokat beszéltem én kiskoromban!”

Ebben az esetben egy alapvetően normálisan fejlődő gyerekről és főként egy ép anya-gyerek kapcsolatról van szó, amely megfelelő keretet, segítséget képes adni a traumák feldolgozásához. A szimbolikus funkció, a potenciális tér létrehozásának és fenntartásának, valamint a jelentésalkotó folyamatnak súlyos elakadásai, zavarai alakulhatnak ki azonban ott, ahol az anya-gyerek kapcsolat patológiás, önmagában traumatikus.

A határeseti kórképeket legtöbbször ehhez a fejlődési szakaszhoz kötik, és az anya-gyerek kapcsolat zavarának tulajdonítják. Korábban úgy gondolták, hogy a zavarok következtében fixációs pontok jönnek létre, s a későbbi kritikus helyzetekben a személyiség funkcionálása regrediál, visszaesik a korábbi fejlődési szintnek megfelelő működési módra. Ma inkább úgy gondoljuk, az adott ponton alternatív fejlődési útvonal kezdődik, amely a személyiség eltérő struktúráját hozza létre. Jelen esetben a határeseti személy szubjektív világában bizonytalan az önmagáról és a másiktól, az érzéseiktől, szándékaiktól kialakított kép. Kevésbé különülnek el egymástól, nem világos a kapcsolatuk, az érzelmek kevésbé differenciáltak, nem töltik be megbízhatóan a jelző funkciójukat, inkább cselekvésre sürgető késztetések. Az önreflexió képessége alig működik, a helyzetek értelmezésében szempontváltás alig lehetséges. A személyiség struktúrája így labilis, az identitás bizonytalan, könnyen összezavarodik, és csak akkor állítható helyre, ha sikerül provokatív, manipulatív viselkedéssel elérni, hogy a másik ember eljátssza azt a szerepet, amely a helyzetet ismerőssé teszi. Egy kisgyereknél az ilyen viselkedést elfogadjuk, és felnőttként megfelelően szabályozzuk, mintegy pótolva a még éretlen önszabályozó funkcióit, visszatükrözve közben az állapotát, azaz őt magát. Ám ha egy felnőtt viselkedik így, az legalábbis megütközést, sőt sokszor ijedelmet, haragot, elutasítást kelt. Nem véletlen, hogy a határeseti betegek rövid időn belül újra meg újra hasonló konfliktusokba keverednek, s ez számukra is ijesztő és tűrhetetlen. Viharos jelenetek után

gyakran váltogatják kapcsolataikat, tevékenységüket, munkahelyüket. Hasonló jelenségek játszódnak le a pszichoterápiás kapcsolatban is: kezelésüket gyakran megszakítják, majd jó esetben máshol újra kezdik.

A terápiás kapcsolat jellegzetességei

A mára felhalmozott ismeretek, tapasztalatok birtokában úgy tűnik, kirajzolódik a határeseti betegek szűkebb köre, akiknek problémája a terápiás kapcsolatban zajló események, jelenségek felől közelíthető meg, s leginkább a potenciális tér, a szimbolikus funkció, a jelentésalkotó folyamat, a másik emberrel kialakított kapcsolat zavaraként ragadható meg. A szavak jelentésére nem lehet biztonsággal támaszkodni, sokkal fontosabbak a cselekvések, akciók, amikből *hiányzik a mintha-jelleg, a játékoság*. Az akciók között gyakoriak az indulatos, nemegyszer veszélyes megnyilvánulások, amelyek direkt szabályozást tesznek szükségessé a terapeuta részéről. Ezeket az akciókat szaknyelven *acting out*-nak, megcselekvésnek nevezik. Olykor egyszerű impulzus levezetések, de a határeseti betegek esetében sokszor kommunikációs értékük van. A határeseti betegek kapcsolódási módját a kommunikáció primitívebb szintje jellemzi, az úgynevezett *projektív identifikáció*. Az önmagában mindennapos dolog, hogy a másik emberrel projekciók, kivetítések útján lépünk kapcsolatba, hiszen belső világába közvetlenül nem láthatunk bele, megnyilvánulásait a korábbi élményeink, tapasztalataink alapján fogjuk fel és értelmezzük. Azonban ezeket a projekciókat újra meg újra visszavonjuk, csak feltevésként, lehetőségként használjuk és folyamatosan összevetjük a tényleges új tapasztalatokkal. Énképünk, önismeretünk alapján az önreflexió képességével érzéseinket, gondolatainkat a sajátunknak tekintjük, és mivel a másik embert tőlünk elkülönült másik embernek tekintjük, szempontot váltva megvizsgálhatjuk lehetőségként az ő szempontját is anélkül, hogy közben elveszítenénk önmagunkat. A határeseti beteg azonban nem így tesz, projekcióit nem mintha-jelleggel, feltevésként, hanem valóságos tényként, egyetlen lehetőségként kezeli, nem túrva a bizonytalansághoz, ambivalenciához kapcsolódó szorongásokat. Cselekvésével elkezdi kényszeríteni a másikat, a terapeutát, hogy a rávetített képnek megfelelően érezzen és viselkedjen. Ha ez sikerül neki, akkor megnyugodhat: ismerős helyzetben van, amit a maga módján már megtanult kezelni. Azonban ebből fejlődés nem lesz. Fejlődéshez az vezet, ha a terapeuta a rákényszerített élményt magában feldolgozza, és ilyen formában visszaadja. Valójában ezt teszi a jó anya is a gyerekével. A feladat lényegében az akciók értelmét, jelentését felmutatni, gesztusokká szelidíteni. A határeseti beteget valójában meg kell tanítani játszani, segítve őt kialakítani az optimális távolságot és azt a közbülső teret, amelyben ez lehetséges. Olyasmi fo-

lyamat ez, mint a gyerekek tipikus kapcsolati játéka, a kukucs, a bújócska, a fogócska, amelyben a gyerek vágya mindig az, hogy megtalálják. Ehhez persze hosszú, feszültségekkel, olykor viharokkal teli út vezet.

Talán megvilágítja az elmondottakat egy 12 éves fiú, Tyrone analitikus kezelésének részlete, amelyet Willock (1990) írt le. A fiú egy olyan intézetben élt, ahol súlyosan zavart, impulzív és destruktív viselkedést mutató kamaszokat kezeltek.

Tyrone számtalan üldözési helyzetnek tette ki analitikusát, nemegyszer az utcán, csúcsforgalomban, miközben kővel hajigálta terapeutáját. Visszatérő akciója volt, hogy berohant a vécébe, magára zárta a fülke ajtaját, és vagy eldugaszolta, azután vízzel elárasztott mindent, vagy még szívesebben felkúszott a plafonra, és kiemelt onnan néhány burkolóelemet. Analitikusának nem kis ügyességre volt szüksége, hogy gyorsan kerítsen egy széket, kívülről felmásszon a fülke tetejére, s az utolsó pillanatban elkapja Tyrone lábát, mielőtt eltűnik a plafon üregében a forróvízes csövek és elektromos kábelek életveszélyes útvesztőjében.

A kezelés harmadik évében mutatkozott halvány lehetőség a változásra, amikor Tyrone vágyat kezdett táplálni arra, hogy a focicsapat tagja lehessen. Értette, hogy ennek feltétele a nagyobb önuralom, de ettől az még nem ment jobban. Egy este analitikusával focizást játszott a hallban, majd a szokott módon elrohant, hogy megpróbáljon meglépni egy hátsó kijáraton, ám az zárva volt. Az analitikusa szóban figyelmeztette, hogy viselkedése nem vág egybe focista terveivel. Ez volt az első eset, hogy az analitikus szava hatott, és nem szemenköpés, sípcsonton rúgás vagy trágár szavak áradata követte. A következő hasonló akciónál az analitikus már kis humort is próbált csempészni a szávaiba: „Mit szólnának a csapattársaid, ha mindenkor lerohannál a pályáról, amikor meglátsz egy fagyaltos kocsit, és éppen szeretnél enni egy tölcsérrrel?” Tyrone a következő elrohanását már csak imitálta. Azért még ezután is előfordult, hogy eltűnt a vécébe szokásos attrakcióját végrehajtani, de változás következett be: a bezárt ajtón keresztül kiszólt az analitikusának, hogy jobban kellene sietnie, és közölte, éppen hol tart. Jelentős fordulatot jelentett tehát, hogy mondta is, amit csinált. A változás másik akciójában is hamarosan megmutatkozott. A terápiás óra után az analitikus mindig visszakísérte a tanterembe, ahova Tyrone úgy tért vissza, hogy agresszíven dörömbölt, rugdosta az ajtót, biztossá téve, hogy nem részesül örömteli fogadtatásban. Most azonban bekopogott, majd elszaladt és elbújt egy közeli helyen, kérve az analitikusát, mondja azt a tanárnak, hogy megszökött. A tanár szerencsére jól tudott részt venni ezekben a dolgokban, és Tyrone örömet lelhetett újonnan felfedezett játékában.

Meggyőződésem szerint a határeseti betegek sikeresen olyan intézményekben kezelhetők, ahol terápiás team működik, többféle terápiás technikát alkalmazva egyéni és csoportos formában

egyaránt, szükség szerint hol intézményi, bentlakásos, hol ambuláns keretben. Az együttműködő team funkciója többretegű. Egyrészt a terápiás helyzeteken belül és kívül is követni tudja a beteg történéseit, a határsértéseknél beavatkozhat; másrészt a konzultációkkal segítheti az adott beteget kezelő terapeutákat abban, hogy feldolgozhassák azt a megterhelő élményt, amit a határeseti beteg kezelése rájuk ró.

A beteg környezetében élő barátok, családtagok, támogatók feladata abban állhat, hogy nem büntetik azért, amin egymaga nem tud változtatni, mindezen túl pedig segítik eljutni a megfelelő szakemberekhez, s végül a terápia során a kezelőkkel együttműködve támogató, megtartó környezetet biztosítanak, amelyre a határeseti betegek esetében gyakran szükség lehet.

Irodalom

- Csuhai Csinos Klára: Határeseti kórképek, in Buda B. – Füredi J. (szerk.): *A neurosis változó arca*, Medicina, Budapest, 1989, 179–205.
- Mahler, M. S. – Kaplan L.: Developmental Aspects in the Assessment of Narcissistic and So-Called Borderline Personalities, in Hartocollis P. (szerk.): *Borderline Personality Disorders*, International University Press, Boston, 1977, 71–86.
- Schmideberg, M.: The Borderline Patient, in Arieti S. (szerk.): *American Handbook of Psychiatry I.*, Basic Books, New York, 1959, 398.
- Willock, B.: From acting out to interactive play, *International J. Psychoanal* 71, 1990, 321–334.
- Winnicott, D. W.: *Játás és valóság*, Animula, Budapest, 1999.