

A pszichoaktív szerfogyasztás pszichoanalitikus szemlélete

RAFFAI GELLÉRT

Absztrakt: A tanulmány célja, hogy megismerjük a pszichoanalitikus irányzatot és annak alapfogalmait. A klasszikus freud-i elmélet és az abból kiinduló irányzatok ismeretében is megérthetővé válik az egészséges és patológiás személyiségfejlődés. Freud követői természetesen a pszichoaktív szerfogyasztás kapcsán is számos hipotézist fogalmaztak meg, azonban új lendületet adott a klinikai munka és kutatási kérdések számára a szerhasználat, mint önmedikalizáció elmélete. Ennek fényében ismertetésre kerülnek a pszichoaktív szerfogyasztás szükségletének klasszikus és modern pszichoanalitikus megközelítései.

Kulcsszavak: drogfogyasztás, pszichoanalízis, pszichodinamikus megközelítés

A pszichoanalízis története röviden

Bevezetésként fontos tudatosítanunk, hogy a pszichológia, mint tudomány kifejezetten fiatal, aminek egyik alapvető paradigmája – a pszichoanalízis - Freud XX. század eleji publikációihoz köthető. A pszichoanalízis elmélete és gyakorlata tehát évszázados, így számos elmélete megcáfolódott, számos elmélete felülíródott, azonban alap gondolatai a mai napig érvényesen hatnak, kutatások tárgyát képezik. A napjainkban zajló pszichoanalitikusan orientált vizsgálatok a modern kor követelményeinek is megfelelő bizonyítékokon alapuló orvoslás kritériumait is kiállják, így a pszichoanalitikus szemléletnek a modern egészségügyi gyakorlatban is helye van. Amint pedig látható, a gyakran elvontnak tűnő hipotetikus elméletek a klinikai gyakorlat számos terepén, így a drogfüggőség kialakulásának és gyógyításának megértésében is praktikus lehet (Yakeley, 2018).

A pszichoanalitikus megközelítés tehát nyilvánvalóan Freud képzettségén és elődein, valamint saját munkásságán alapul. Azt biztosan tudjuk, hogy Freud számára jelentős hatással bírt a párizsi tanulmányút, amikor Charcot klinikáján megfigyelhette, ahogy a hisztériás betegek tünetei csökkentek vagy akár meg is szűntek, miután hipnózisban felidéztek az őket ért traumákat. Freud hazatérve Josef Breuer nevű orvostársával hasonló eredményességgel alkalmazta a módszert: az azóta ismert Anna O. nevű hisztériás páciensük tünetei a hipnotikus kezelések hatására lecsökkentek majd megszűntek. A módszer természetesen jól értelmezhető patomechanizmus leírását igényelte, így Freud kidolgozta elméletét a tudattalan

motivációkról, a tünetképződésről és a gyógyuláshoz vezető katarziszról. Freud később úgy vélekedett, hogy a hipnózis – tekintettel a szuggesztiók alkalmazására – torzítja a tudattalan tartalmakat, így a szabad asszociáció módszerét kezdte preferálni. Az intrapszichés történések

Freud szerint jelentős energiát igényelnek, aminek forrását két ösztön szolgáltatja: életösztön (Erósz) és a halálösztön (Thanatosz). Leírta, hogy az emberi viselkedést, elsősorban a mélyben - a tudattalanban - meghúzódó pszichés tényezők határozzák meg. Ebből következik a topográfiai modell: a tudatos, a tudatelőttes és a tudattalan tartalmak egymástól viszonylag elzártan, más és más hozzáférhetőséggel vannak jelen az egyén életében (Freud, 1990).

Ezek kapcsolatban vannak egymással, és a közöttük levő interakciók fogják irányítani az egyén viselkedését, gondolkodását, érzéseit - a kóros viselkedések tehát a belső erők közötti konfliktusok eredményei. A viselkedés és a viselkedési zavarok kialakulásában alapvető tényező a koragyermekkorai szükségletek kielégítése vagy frusztrációja. Ezért ha meg akarjuk érteni egy jelenben ható, jelenben történő viselkedésnek az értelmét, akkor Freud szerint végig kell nyomozni a kora gyermekkorig. Ezt követően Freud sorra kidolgozta a pszichoanalitikus szemlélet alapvetéseit (Freud, 1990):

Pszichés determinizmusról írt, vagyis semmi sem véletlen, minden tettünk jelentéssel bír, szándék és cél vezérli pl. alantas viselkedés, bizarr viselkedés, álm, elszólás – ez mind-mind információt hordoz és megfejthető. Fixáció-regresszió modellben gondolkodik, vagyis a libidó, amely az egyén testrészeit megszálló szexuális energia a fejlődés során jelentkező életesemények miatt fixálódhat, később egy hasonló helyzetben az egyén erre a pontra esik vissza, amit regressziónak nevez, így pedig tudattalan elhárításként is funkcionál. Kidolgozásra került a strukturális modell: az id-ego-superego hármasa, amik mint belső erők dinamikus egyensúlyban kell működjenek, ebből fakadóan az egyensúlyvesztés tüneteket okoz. A belső intrapszichikus erők küzdelmét neuróziselméletként is nevezte, amely specifikusan arra utal, hogy a lappangó tudattalan vágy és védekezés összeütközésének eredménye lesz a tünet. Később felvetette Freud, hogy a hiánymodellről is indokolt lehet beszélni, ha fejlődési okok miatt a pszichés szerkezetek gyengék vagy hiányoznak. A pszichoanalitikus elméletek gyakran a terápiás tapasztalatok mentén bővültek. Ilyen volt az áttétel, vagyis annak jelensége, hogy a múlt a jelenben ismétli meg önmagát a kliens életében. Ennek két dimenziója ismert: ismétlési dimenzióknak nevezzük, ha az egyén hasonlóan látja a terapeutát a múlt valamely szignifikáns személyéhez és hasonló elvárásokat fogalmaz meg vele szemben. A szelftárgy dimenzió pedig azt jelenti, hogy olyan betöltetlen vágyak jelennek meg a terápia során, amiket a kliens nem kapott meg a szüleitől. Ezeket a terápiás kapcsolatban próbálja pótolni. Természetesen a pszichoanalitikus orientált pszichoterapeuta részéről is érkezik reakció a kliens áttételeire, ezek a viszontáttételek. Fontos továbbá az ellenállás jelensége, vagyis a terápia során megjelenő negatív érzések, emlékek elkerülése jelzi, hogy a „beteg védi a betegségét”. Végül, de nem utolsósorban Freud elkezdte leírni a páciensek által használt tudattalan elhárítómechanizmusokat, többek közt az elfojtást (nem enged tudatossá válni), a regressziót, reakcióképzést, hasítást és a projekciót, ezt a munkát később pszichoanalitikus lánya, Anna Freud vitte tovább. Mindezek alapján a pszichoanalitikus terápia célja a tudattalan tudatossá

tétele, amely során a terapeuta fő taktikai alapelvei az absztinencia, az anonimitás és a neutralitás (Freud, 1990).

Freud életművének fontos pillére a szexualitás, amely a személyiségfejlődésben is hangsúlyos: szerinte a személyiség erői a fejlődés egész ideje alatt, már a kora csecsemőkortól fogva aktívak. Az ilyen összeütközések az id, az ego és a superego folyamatos igazítását igényli, mely ha sikeres a fejlődést gyarapítja. Bizonyos hatásokra az id, az ego és a szuperego nem érik megfelelő tempóban, illetve nem működik elég hatékonyan, ekkor a fejlődés egy meghatározott szakaszban fixálódik. A normális fejlődési szakaszait és a gyermek szexuális drive-jait az adott időszak konfliktusait tükröző testrészt vagy erogén zóna segítségével különböztetjük meg. Az orális szakasz fejlődése az élet első 18 hónapja, itt a fő libidinális kielégülési forrása a táplálkozás, az anyamell. Az orális szakasz elsődleges félelme a tárgyvesztés, a biztonságot, táplálékot adó anya elvesztése. A fixált orális karakter egész életen keresztül extrém függőségekre (köztük kiemelten drogfüggőségre), illetve ellenpárjaként extrém bizalmatlanságra kárhoztathat. A második szakasz az anális szakasz (6 hó - 3 év). Örömforrásainak helye a végbélnyílás. A libidinális kielégülés a széklet, vizelet visszatartásából vagy ürítéséből származik. A túlságosan szigorú szobatisztaságra nevelés anális fixációhoz vezet, anális karakter alakul: makacsság, ellentmondásra hajlamos, fukar, túlkontrolláló felnőtt lehet. A fallikus szakasz a 3.-4. életév között a szexuális örömök fókuszát a genitáliákra, fiúknál a péniszre, lányoknál a klitorisra irányul. A fiúgyermek anyjához mint egy tőlük különálló szexuális tárgyhoz kezdenek vonzódni, apjukkal pedig rivalizálnak, a vágyak ilyen mintázatát nevezik Ödipusz- komplexusnak. A lányoknál a fallikus konfliktus kicsit másként alakul, itt veszik észre, hogy nem rendelkeznek pénisszel-péniszirigységgel. Szexuálisan vonzódni kezdenek apjukhoz, az apa elcsábítása révén ők is péniszhez juthatnak, közben anyjukkal rivalizálnak, ez az Elektra-komplexus. A latencia a 6. év után kezdődik, amelyben szexuális vágyaik elcsöndesednek, a libidinális energiák új területekre kerülnek: tevékenység, készségek intellektus irányába fordul. Ebben a korszakban történik a tágabb értelemben vett szocializáció. A genitális szakasz serdülő korban 12-14. korban a szexuális vágyak újra előtérbe kerülnek, ekkor már heteroszexuális tárgyválasztás formájában (Freud, 1995).

A Freud utáni pszichoanalízis

Már Freud életében is számos tanítványa lett egyben kritikusa is, akik kisebb-nagyobb szemléleti és pszichoterápiás különbségek mentén saját irányzatokat indítottak. A pszichoanalízisen alapuló terápiákat összefoglaló nevükön pszichodinamikusan orientált pszichoterápiáknak nevezzük, amelyeket hagyományos három főbb csoportba sorolunk, ezek a klasszikus vagy standard analízis, expresszív vagy feltáró és szupportív vagy támogató pszichoterápia. A klasszikus analízis célja a személyiségfejlődés elakadásainak feloldása, az elhárított tartalmak szociális formában történő (vissza)integrálása a személyiségbe és a tudattalan tartalmak tudatosítása, belső konfliktusok feloldása a kezelés során. A fő taktikai alapelveket követi (absztinencia, anonimitás, neutralitás), technikai szempontból pedig a

szabad asszociációt tekinti elsődlegesnek, amit az álmok, fantáziák, és az áttételi kapcsolat értelmezése egészít ki. Az értelmezés pedig nem kérdés, hanem magyarázó jellegű állítás, amely rámutat a beteg jelen helyzete és a múltja közötti kapcsolatokra; a terápiás helyzetben megnyilvánuló érzések és a másokra irányuló érzések közötti hasonlóságokra, a jelen és a gyermekkori élmények összefüggéseire, a tünetek lehetséges funkciójára, céljára, betegségelőnyökre. Indikációs szempontból a hagyományos „pszichoneurózisok” pl. fóbia, kényszer gyógyításában tartották hatékonynak, ma már minden olyan problémán segíthet, ahol tudattalan konfliktusok szerepe feltételezhető. Feltétele a megfelelő intellektus, az introspekciós (önmegfigyelő) készség és az énerő. Kontraindikáció természetesen a motiváció hiánya, öngyilkossági kísérletek előfordulása és a súlyos normasértések előfordulása. Az expresszív (exploratív, feltáró) pszichoterápiák terápiás elrendezése arra irányul, hogy a beteg minél szabadabban kifejezhesse érzéseit, gondolatait, fantáziáit. A terapeuta a páciens szemben ülő helyzetben, nem szabad asszociációra kéri, hanem nyílt és folyamatos kommunikációra, ez a kommunikáció valóságközelibb, hangsúly az itt-és-most-on van. A terapeuta figyel, megérti a mögöttes pszichológiai összefüggéseket és reflektál azokra. Sokat kérdez, tisztáz, mélyít. Igyekszik megérteni, amit a kliens mond és arra reagál. Ennek eredménye, hogy a terápiás helyzetben világossá válik, melyek a páciens cselekvései, döntései, viszonyulási módjai, melyek változtatásra szorulnak. Technikai szempontból itt is értelmezés történik: tudatelőttés és tudattalan összekapcsolása, terápiás üléseken megjelenő viselkedésformák, a jelen és múlt élethelyzeteiben megjelenő viselkedésformák, valamint az áttételben megjelenő tárgykapcsolati minták összekapcsolása. Azonban számos visszajelzési formával kiegészül, ami lehet megfigyelés, észrevétel, konfrontáció (szembesítés), empátikus megerősítés, tisztázás, az áttételek elemzése és megértése, az ellenállás elemzése és megértése vagy átdolgozás (Gabbard, 2016).

Végül a szupportív (szupresszív) pszichoterápia azoknál alkalmazható, akik nem bírják el a konfrontációt, a belső konfliktusokkal, az áttételekkel való munkát. Gyenge énerővel vagy regressziós készséggel jellemezhető beteg. A terapeuta ekkor alig használ értelmezést; a technikai neutralitás már nincs jelen; célja a támogatás, a páciens megtartása, támogatása. A szupportív pszichoterápia legismertebb stratégiái az alábbiak: konceptualizálás (a beteg megértése alapos megértése, összefüggések feltárása), a terapeuta, mint jó szülőként funkcionálhat (pl. gratulál), a terápiás szövetség előmozdítása és védelme prioritás, az áttétel kezelése, a páciens tartása és tartalmazása (pl. csillapítás), pszichés struktúra „kölcsonzése” (pl. elképzeli hogyan oldana meg egy helyzetet a terapeuta), adaptív coping mechanizmusok maximalizálása, alexitímia csökkentése (a diffúz érzések azonosítása), önbecsülés növelése, a reménytelenség csökkentése, a páciens aktivitásának bátorítása, edukálása stb. (Misch, 2000).

A Freud-i pszichoanalízis később több pszichodinamikus elméletben folytatódott, ilyen az egopszichológia, a selfpszichológia és a tárgykapcsolat elméletek. Az egopszichológia (Heinz Hartmann nevéhez köthető) szerint az ego függetlenebb és erőteljesebb, mint korábban feltételezték és a konfliktusmegoldó tevékenységén kívül konfliktusmentes funkciókat is ellát, pl. az emlékezés és észlelés irányítása. A selfelmélet (Heinz Kohut irányzata) a selfet, az ember identitásérzetét meghatározó egyesített személyiséget helyezi előtérbe. Ebben az elméletben

a self független, integráló és motiváló erőként jelenik meg, melynek kialakulása és funkcionálása a többi emberrel, a selftárgyakkal való kapcsolat révén valósul meg. A legnagyobb irányzatot pedig a tárgykapcsolat elméletek jelentik: ez az irányzat a tárgyakhoz való kötődést és a róluk való leválást tekintik elsődleges fontosságúnak a személyiségfejlődés és a kóros lelki folyamatok kialakulása szempontjából (Gabbard, 2016).

A tárgykapcsolat-elméletek

A tárgykapcsolat-elméletek megértése több szempontból fontos. Egyrészt a Freud utáni pszichoanalitikus szerzők és ismertebb elméletalkotók is ebben az összefüggésben kezdték vizsgálni a személyiségfejlődést és a patomechanizmusok kialakulását, ugyanakkor a pszichoterápia szempontjából is jelentős újításokat köszönhetünk nekik. Az alapfogalmak tisztázása elengedhetetlen, fontos tehát tudatosítanunk, hogy a tárgy nem kizárólag tárgyat jelent, sőt, leggyakrabban embereket, tehát a magyar nyelv nyelvtani értelemben vett tárgyára érdemes gondolni. Tárgy lehet tehát az a személy, akit emocionális energiával (libidóval) szállunk meg, másképpen kötődési személy. Az elsődleges tárgy az anya vagy a legközelebbi gondozó. Belső (internalizált) tárgy lesz egy személlyel való kapcsolat belső reprezentációja. Külső tárgy pedig nyilván maga az aktuális kötődési személy. A tárgykapcsolat másik komponense nyilván a szelf - a saját személyre vonatkozó tudatos és tudattalan lelki reprezentációk összessége, vagyis egy személyes belső képzet, ami az „én vagyok” élményével foglalható össze. Az elmélet alapvetése, hogy az egyén lelki struktúrája csecsemőkortól kezdve másokkal való kölcsönhatásban szerveződik (ebben máris van eltérés Freud-hoz képest). A libidó célja egy másik személlyel való kapcsolat keresése. A tárgykapcsolat-elméletekben a személyközi kapcsolatok a kapcsolatok internalizált (belső) reprezentációivá alakulnak. A gyermek fejlődése során nem egyszerűen egy tárgyat (személyt), hanem az egész kapcsolatot internalizálja. A kapcsolat prototípusa a táplálás során alakul ki. Pozitív élményt fog jelenteni a tápláló anya; negatív élményt pedig az elérhetetlen, frusztráló anya, aki nem ad enni. A belső tárgy természetesen nincs szükségszerű összefüggésben a valós külső tárggyal. A belső tárgy a külső valóság szubjektív vetülete. Ez a belső kapcsolati modell a későbbi pszichopatológiák alapja lesz – az indulatáttételben is megjelenik (Hamilton, 1996).

A tárgykapcsolat-elméletek talán legnagyobb alakja az osztrák-amerikai kortárs Otto Kernberg – aki a tanulmány készültékor 92 éves - így közel 60 évnyi kutatási és terápiás tapasztalattal rendelkezik, a mai napig aktív kutató, publikáló és gyógyító pszichiáter, pszichoanalitikus pszichoterapeuta. Az ő érdeme, hogy integrálta a korábbi jelentősebb elméletalkotók megközelítését és integráns személyiségfejlődési modellbe rendezte. Kernberg két jelentős elődének Melanie Klein és Margaret Mahler munkásságát tartja, akik személyiségfejlődési elméleteikben az elsők közt módosítottak Freud ösztönteóriáján, azt még gyakorlatiasabbá téve (Kernberg, 2019).

Melanie Klein szerint a libidó és halálösztön születéstől kezdve működik. Freuddal ellentétben feltételezte, hogy a primitív ego szintén születéstől működik: képes tárgykapcsolatok, védekező mechanizmusok, tudattalan fantáziák szervezésére. Fő kérdése az volt, hogyan szervezi a csecsemő primitív énje azokat az elsődleges tárgykapcsolatokat, melyek kontextusában személyisége fejlődik. Bevezeti a pozíció fogalmát, ami nem fázist jelent, hanem a tárgykapcsolatok, szorongások és elhárító mechanizmusok specifikus konfigurációját, amely bizonyos életkorban kizárólagos, máskor kevésbé meghatározó jelentőségű, de az ember egész életén át fennmarad. A paranoid-szkizoid és a depresszív pozíció lényegében az orális fázis részének tekinthető. A depresszív pozíció sohasem oltja ki teljesen a paranoid-szkizoid pozíciót, az elért integráció sohasem teljes; a pozícióra jellemző viszonyulásmódok, szorongások és elhárító mechanizmusok az élet során bármikor újra felbukkanhatnak. Az első a paranoid-szkizoid pozíció (0-4 hó): A csecsemő belső világa kezdetben szervezetlen, ki van téve az ösztönök és a külvilág ingerei hatásának. Képes ismeretszerzésre és kezdetleges tárgykapcsolatok szervezésére. Az első hónapokban a szelf és a tárgy nem különül el, és a baba nem képes egész tárgyakat észlelni: pl. külön észleli az anya kezét, mellét. A halálösztönből származó szorongást keltő, romboló indulatok és tudattalan fantáziák az ént az elpusztulás veszélyével fenyegetik, ez ellen az én a hasítás és a projekció mechanizmusaival védekezik: a szorongásos tudattalan fantáziák egy részét az elsődleges tárgyba, az anyamellbe vetíti, de másik részük az énben marad, mint agresszió. Ugyanakkor a libidóból eredő pozitív tudattalan fantáziát is kivetítheti a jó elsődleges tárgyba (tápláló anyamell), majd introjektálhatja annak vigasztaló, megnyugtató vonatkozásait, ebből lesz a belső ideális tárgy. A pozíció legfontosabb sajátossága a hasítás, amikor a csecsemő arra törekszik, hogy a két tárgykapcsolati egységet, tehát a jó én-ideális tárgy, illetve az üldözött tárgy-üldözött én egységet egymástól távol tartsa, hogy védje a jó érzéseket, a jó résztárgyat az üldözöttől. Tehát a csecsemő nem szelfet és tárgyat különböztet meg, hanem élményeit emocionális színezet szerint választja szét, nehogy a rossz élmények megsemmisítsék a jókat. Szelfjét és a tárgyat is hasítja. Minél erősebbek a destruktív elemek, minél frusztrálóbb a tárgy, annál erősebben működik a hasítás és a projekció, mely nehezíti a tárgykapcsolati egységek integrálását, a szelf és a tárgy differenciálódását a későbbiekben. Ha azonban a jó élmények túlsúlyban vannak, az integráció megvalósulhat. Jellemző még a paranoid-szkizoid pozícióra a tagadás, illetve a többi primitív elhárító mechanizmus: projektív identifikáció, omnipotencia, devalválás (Klein, 2000).

A második szakasz elnevezése depresszív pozíció (4-12 hó). Ha az anyai gondoskodás túlnyomóan pozitív, a hasítás csökken, a résztárgyak integrációja megvalósul: a baba egész anyát érzel, és önmagát is egészként éli meg, ezzel együtt a szelf differenciálódik a tárgytól. A gyerek integrálja az eddig hasított rosszat és jót, mind önmagában, mind az anyában. Elfogadja, hogy ő alapvetően jó, és pozitív érzések, vágyak kötik az anyjához, mégis vannak benne destruktív indulatok iránta: megjelenik a szeretet és a gyűlölet ambivalenciája. Ezzel együtt megéli a gyerek, hogy bár anyja főként jó, gondoskodó, azért néha frusztrálja őt: tehát a szelf és a tárgy egyaránt tartalmaz jó és destruktív kapcsolati elemeket. Változik a gyerek alapvető szorongása is: a paranoid-szkizoid pozícióban a szorongás tárgya az volt, hogy az

üldöző-üldözött egység elpusztítja az ideális szelftárgyat, most attól fél a gyerek, hogy destruktív indulatai elpusztítják az anyát, így megfosztják őt a jó tárgytól. Az anyja után vágyódó frusztrált csecsemő úgy éli meg a szeparációt, mintha az ő omnipotens agressziója pusztította volna el anyját. Megjelenik a bűntudat, és a félelem saját destruktivitásától. Ahogy a gyerek realitáskontrollja fokozódik, fel kell adnia az omnipotencia illúzióját, magányosnak, védtelennek érzi magát, és megjelenik a gyász. Ezzel párhuzamosan feléled benne az igény a reparációra: a magát hibásnak érző gyerek, aki úgy hiszi, gyűlölete valóban árthat az anyjának, igyekszik jóvátenni a helyzetet, fokozottan kimutatva szeretetét és ragaszkodását. Megjelennek a mániás elhárítások is, melyek a szeretett személy elvesztésétől való depresszív szorongás és a bűntudat enyhítésére szolgálnak, a függőség érzése ellen irányulnak. A depresszív pozíció tehát egy magasabb szintű tárgyakapcsolati szerveződés: az én és a tárgy elkülönül, a jó és a rossz modalitás integrálódik, a hasítások csökkennek, az uralkodó érzelmi tónus az ambivalencia. A korábbi pozíció elhárításai érettebb formában működnek tovább (Klein, 2000).

Melanie Klein munkásságát annak kapcsán elemezték, hogy az 1970'-es évek Amerikájában drogokkal összefüggő bűncselekmények miatt szabadságvesztésre ítélt női elkövetők esetén hogyan jelennek meg a fentebb leírt pozíciók sajátosságai. Számos korabeli szöveg tartomelemzése rámutat, hogy az akkori közbeszédben, a bírósági jegyzőkönyvekben is dominánsan jelen van a Klein-i dinamika (Denend, 2009).

A másik jelentős előd Margaret Mahler, akinek személyiségfejlődési szakaszai nagyrészt átfednek a későbbi Kernberg-i szakaszokkal. Az ő elhíresült mondása volt, hogy az ember biológiai és pszichológiai születése időben eltér, míg a biológiai egy jól körülhatárolt látványos esemény, addig az utóbbi egy lassan kibontakozó intrapszichikus folyamat. Az egyén pszichés születését leválási és individuációs folyamatnak nevezte el. A leválás és az individuáció két egymást kiegészítő fejlődés. A két folyamat együtt halad, de nem azonos. A leválás jelentése az anyával való szimbiotikus egységből való felmerülés. Az individuáció pedig az egyes személyiségjegyek kialakulása. Fontos alapfogalom a szimbiózis, ami primitív, kognitív-affektív létezés, nincs különbség önmaga és anya között. Meggyőződése volt, hogy a valódi tárgyakapcsolat kialakulásának előfeltétele a leválás tudomásulvétele. Ezek alapján jól definiált szakaszok alapján zajlik a személyiségfejlődés. Az első a normális autisztikus fázis: ekkor a gyerek még képtelen anyját észlelni. A gyereket a szendergésszerű állapotból csak saját szükségletei riasztják fel. Ez az abszolút primér narcizmus szakasza. A második a szimbiotikus fázis kb. a 2.-4. hónapig. Az én és nem-én még nem különülnek el egymástól, bár itt már homályosan észleli, hogy a szükségletkielégülés valahogyan a szelfen kívülről jön. A csecsemő az anyát szükségletkielégítő résztárgyként észleli, és libidinózan fordul felé (ez az őállapot, amelyre minden későbbi emberi kapcsolat felépül). A csecsemő úgy viselkedik és funkcióit úgy gyakorolja, mintha az anyával közös határokon belül létezne. Ezek után jön a leválás folyamatának részletes kibontása: először a differenciáció: 4-5 hónapos kor után jellemző. Már képes szervezetén kívüli ingerekre is figyelni, átmeneti tárgyak jelennek meg, a mozgásfejlődés hatására már képes kicsúszni az anyai ölből. 7-8 hó: összeveti az anyát az idegenekkel, aztán a 8 hónaposok szorongása jön, ezért visszajár érzelmi tankolásra. Ezt követi

a gyakorlás: kezdetben a gyerek az anya közelében marad, később felegyenesedve jár. A gyerek a környezet kutatására indul, mozgás gyakorlása történik, „grandiozitása megrészegeti”. Ezután elérkezik az újraközeledés: a 18. hónap körül szaporodnak a konfliktusok, amelyek részben a gyermek mindenhatóság és grandiozítás iránti igényéből, másrészt az anyára való rászorultságból és a tőle való függésből erednek, ez az újraközeledési krízis. Azonban az újraközeledést segíti a beszédfejlődés kezdete, a tárgyak és a vágyak megnevezése szavakban, az „én” személyes névmás használata. A végső alszakasz az egyéniség konszolidációja és az érzelmi tárgyállandóság kezdete. A szelf ebben a periódusban hozzájárul az én széleskörű strukturálódásához, és biztos jele van a szülői tilalmak belsővé válásának, ami a felettes én-kezdemények képződésére utal. Mahler elmélete – azon túl, hogy fontos alapokat ad Kernberg munkásságához - a drogfüggőség kialakulása és gyógyítása szempontjából is releváns. A szerfüggőknél kimutathatók olyan énfunkció-deficitek (realitásvizsgálat, döntéshozatal, érzelemszabályozás és impulzuskontroll), amelyek megfeleltethetők Mahler fejlődési szakaszainak, így az ismert 12 lépcsős önsegítő program is jól értelmezhető úgy, mintha a kliens az elakadt szakaszokon lépkedne egyre magasabb szintre (Straussner és Spiegel, 1996).

Kernberg a bemutatott megközelítések és így a modern pszichoanalízis egyetlen rendszerezője. A következőképpen integrálta a korábbi irányzatokat: Klein modelljéből elismerte a korai kapcsolatok fontosságát, a pregenitális és genitális konfliktusok folytonosságát, az agresszió szerepét, a hasítás és projektív identifikáció koncepcióját. Elmozdította a fejlődés útját az intrapszichés jelenségektől az interperszonális jelenségek felé. Rájött arra, hogy a különböző elméletek kiegészítik egymást; Mahler modelljét pedig saját modellje alapján tekintette és csak részben módosította. Kernberg a személyiségfejlődést mint internalizációs folyamatot írja le, amelynek három aspektusa van a fejlődés minden szintjén: a korábban bemutatott self, a tárgy és a kettőt összekötő affektus. Kernberg mind a normális, mind a patológiás fejlődés stádiumaival, jellegzetes elhárítási formáival, és az ezekben megjelenő mechanizmusokkal foglalkozik. A személyiségfejlődés folyamatát, szakaszait három szempont szerint tárgyalja: milyen az elhárító mechanizmusok minősége („hasítás”, „elfojtás”, és a rokon elhárítási formák); milyen az internalizáció jellege (internalizációs forma); annak módja, ahogyan az énkép, a tárgykép és az affektus én-struktúrává válik; milyenek a struktúrák (ennek egységei a tárgy-képzetek és én-képzetek) integrációjának és differenciációjának a szintje. Mindezek alapján öt fejlődési stádiumot írt le. Az első a normál autizmus vagy differenciálatlan primer stádium, egy hónapig tart (megyezik Mahler első fejlődési stádiumával), fokozatosan kialakul a primer, differenciálatlan szelf-tárgy képzet. Második a normális szimbiózis vagy a primer, differenciálatlan én-tárgyképzet kialakulásának stádiuma, 2 – 6 / 8 hónap között. A gyerek a „jó” (örömteli, jutalmazó) élmények és a frusztráló, fájdalmas tapasztalatokat úgy építi be (introjektálja), hogy azok primeren együttes, differenciálatlan módon tárolódnak, vagyis az én-tárgyképzet is differenciálatlan. A harmadik a szelf- és tárgyképzetek differenciálódása - 6 / 8 – 18 / 36 hónap között. A szelf- és tárgyképzetek egymástól való elkülönülése, az én és nem-én elhatárolódásának szakasza. A szakasz a jó és rossz szelfképzetek, illetve a jó és rossz

tárgyképzetek végső integrációjával zárul másfél és három éves kor között. A szelf- és tárgyképzetek integrációja azonos a tárgyállandóság kialakulásával. Az internalizált tárgykapcsolatoknak ezen a szintjén való fixáció és / vagy regresszió határozza meg a borderline személyiség-struktúrát (hasítás, primitív disszociáció, onnipotencia, tagadás, idealizáció, devalváció, projektív identifikáció, amely mechanizmusoknak lényege a szélsőséges – pozitív vagy negatív – affektus. A negyedik szakasz a szelfképzetek és tárgyképzetek integrációja és az érettebb intrapszichikus struktúrák kialakulása, 3 – 5 / 6 éves kor (= ödipális kor). Ebben a szakaszban integrálódik a „jó” és „rossz” énkép és a „jó” és „rossz” tárgykép, amelyek ettől kezdve teljesebb, valóságghűbb reprezentációkká válnak a kognitív szférán belül. Az integráció azonban nem terjed ki az addig hasítás révén elkülönült szélsőségesen jó én- és tárgy-representációk teljes tartományára. A nem integrálható részek révén alakul az én hármas tagolódása, képződik két új struktúra, az id és a felettes-én. Az ideális szélsőségesen jó, „mágikus, vágy-meghatározott” tárgy- és szelfképzetek képezik az ideális én magvát a konszolidálódó felettes-én előfutáiraiként. Az ödipális fázis fő teljesítménye az, hogy az én, a felettes-én és az id mint intrapszichikus struktúrák elkülönülnek. Patogén konfliktusok ebben a szakaszban az én és a felettes-én között lépnek fel, ezek képezik a korszakra jellemző patológia, a neurózis alapját. A pozitív és negatív (affektíven ellentétes) szelf-képzetek integrációja Kernberg szerint depresszív pozíciót hoz létre, amely onnan adódik, hogy az én nem kerülheti el többé a saját rossz (negatív) aspektusaival való konfrontációt. Ez az állandó konfrontáció alapozza meg a bűntudat megjelenését a felettes-én funkciók részeként. Az ötödik szakasz a felettes-én és az én-integráció konszolidációja. Az ödipális stádium végétől egy életen át tart. A reális önismeret és mások realiztikus értékelésére való képesség kialakul. Az egészségesen fejlődő tárgykapcsolati rendszer a személy számára „állandóan növekvő belső világot alkot, amely szeretetet, megerősítést és vezérlést biztosít”. Akik érett módon tudnak szeretni, azok olyan tárgyképeket őriznek, amelyek elválás és egyéb veszteség esetén is vigasztalni tudnak és megvédhetnek a függőségektől is (Kernberg, 2019).

Kernberg munkásságának nagy jelentősége klinikai szempontból az úgynevezett strukturális diagnózis, amely a klasszikus diagnosztikai rendszereket kiegészítve értékeli és értelmezi a mentális- és viselkedészavarokat. Az értékelés és értelmezés szempontjai a felettes-én érettsége és integrációja, az én érettsége és integrációja, a tárgykapcsolatok érettsége és minősége, az elhárító mechanizmusok típusai, a szeretőképesség, az identitás érettsége (szemben az identitásdiffúzióval). Mindezek alapján Kernberg több személyiség szerveződési szintet különböztet meg, úgy mint a neurotikus, a borderline, a pszichotikus, valamint ezek köztes szintjeit, ezzel természetesen elősegíti a pontosabb diagnosztikát és a pszichoterápiás prognózist is. Két példával jól illusztrálható ez a rendszer: a BNO-10 (1995) kötete leírásokat használ, ahol a borderline – mint érzelmileg labilis személyiségzavar – leírásában az impulzív cselekedetek, hangulati kiszámíthatatlanság, érzelmi kitörések, stb. felsorolására szorítkozik. A nárcisztikus személyiségzavar a BNO-10-ben még nem jelenik meg ilyen formában sem. A DSM-5 (2013) rendszere diagnosztikai kritériumokat fogalmaz meg, borderline esetében pl. kétségbeesett igyekezet az elhagyatás elkerülésére, instabil és intenzív interperszonális kapcsolatok mintázata, identitás zavar, impulzivitás, stb. míg a nárcisztikus személyiségzavar

esetében pl. grandiozitás, feljogosítottság, empátiahiány, irígység, stb. Ezzel szemben a strukturális diagnózis rendszere valószínűsíti, hogy a borderline személyiségzavar eredete a szelf- és tárgy-képzetek differenciálódása idejére tehető: az én és a tárgy nem tudnak elkülönülni. A hasítás és a projektív identifikáció a domináns védekezési mód. A nárcisztikus személyiségzavar eredete pedig a szelf- és tárgy-képzetek integrációja idején valószínű - a tárgy „jó” és „rossz” aspektusai nem tudnak integrálódni (a hasítás dominál). Ha pedig az integráció megfelelően zajlik, akkor súlyos személyiségzavar vagy súlyos drogfüggőség kialakulása már valószínűtlen (Ratkóczi, 2010).

Áttétel fókuszú pszichoterápia

A bemutatott integrált és modern pszichoanalitikus személyiségfejlődési modell és az áttétel fókuszú pszichoterápiában teljesezik ki igazán. Az alkalmazott technikák a korábban is ismertetett értelmezés (és annak számos módja, pl. tisztázás, ütköztetés), az áttétel és a viszontáttétel elemzése, technikai neutralitás, továbbá álomanalízis, karakteranalízis, stb., amit természetesen a páciens sajátosságaihoz illesztve kell expresszív vagy szupportív módon végezni. Kernberg alapvetően a személyiségzavarok – különösen a borderline és a nárcisztikus személyiségzavar – kezelésére dolgozta ki terápiás protokollját, azonban a drogfüggőség, mint hasonlóan súlyos funkciózavart okozó mentális- és viselkedészavar kapcsán is fogalmaz meg állásfoglalásokat, ugyanis lényeges összefüggéseket lát köztük. Szerinte a patológiás nárcizmus nem működő én-ideált eredményez és a drog keltette eufória afféle pótideálként funkcionál, amely a normál fontosságérzetet és célirányultságot helyettesíti. Kernberg szerint megfelelő keretek (pl. droghasználat kapcsán) kölcsönös meghatározása és betartása esetén a drogfüggőnek is helye lehet pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiában. Meggyőződése az is, hogy a drogprobléma esetén (nyilván az egyéni sajátosságok függvényében) akkor lehet jól tolerálható komplikáció, ha nem jelent akut veszélyt, egyéb esetben detoxifikáció vagy rehabilitáció kell megelőzze a hatékony pszichoanalitikus munkát (Kernberg, 2019).

A pszichoanalízis helye az addiktológiai szemléletek között

Az addiktológia területe kifejezetten sokrétű, ezért számos különböző megközelítés és szemléletmód övezi a mai napig. Ezzel összefüggésben különböztetjük meg a gyógyítási vagy szemléleti modelleket, amelyek közt vannak alapmodellek és az alapmodellek kombinációjából építkező integratív modellek (Gerevich, 2000). A pszichoanalízis leginkább az önmedikalizációs modellel hozható összefüggésbe, vagyis a szerhasználó egyén valamilyen pszichés zavarát, ösztönösen, spontán módon próbálja valamilyen szerrel „öngyógyítani”. Nehéz azonban meghatározni, hogy egy pszichopatológiai tünetcsoport előzménye vagy következménye egy adott szer hatásának. Az önmedikalizációs modellt leíró Khantzian szerint a pszichoaktív szerfogyasztás esetén a szer típusának kiválasztása tulajdonképpen tudatosan

is történhet: a szerhasználó elkezdni használni kedvenc szerének előnyeit, amit emiatt tekinthetünk önkorrekciónak vagy önmedikalizációnak. A szerhasználat egészen pontosan az én az énvédelem szerepét erősíti, anélkül reménytelenség és bizonytalanság érzése uralkodna el a függőn. A korai pszichés sérülésekkel élő személy vélhetően képtelen a szükséges életfeladatokhoz alkalmazkodni, ami feszültségét és szorongását fokozza. A szerfogyasztás egyfajta öngondoskodás, ami maladaptív coping kísérlet mellyel a személy az őt ért pozitív hatásokat erősíteni, a negatívokat csökkenteni kívánja a szerhasználattal (Khantzian, 1997).

A drogfogyasztás pszichoanalitikus értelmezései

A pszichoanalízis tartalmas bemutatása bizonyította, hogy a pszichoanalitikus szerzők a szenvedélybetegség kapcsán is számos értelmezési lehetőséget fogalmaztak meg, amik közül nyilván a legdominánsabbak a pszichoanalitikus személyiségfejlődési modellek (Freud, Klein, Mahler, Kernberg, stb.) valamely korai szintjén történő elakadás (fixáció) majd később ugyanoda történő regresszió. Ezen túlmenően is számos hipotézis felmerült, amik közül a legnagyobb figyelmet kapott elméleteket érdemes áttekinteni.

A korai analitikusok a szenvedélybetegséget az ösztönén és az én közötti konfliktus megnyilvánulásának tekintették, vagyis a felettes én és az én nyomása alól felszabaduló ösztönén orális mohósága nyilvánul meg, amit értelmezni és kontrollálni szükséges. Egyes terapeuták azt hangsúlyozták, hogy a felettes én súlyosan deficites, így a kontrollvesztett függőséget úgy lehet gyógyítani, ha a terapeuta saját felettes énjét „kölcsonzi” szigorúságával. A tárgykapcsolat elméleti terapeuták a drogfüggők archaikus tárgyfüggőségére kezdtek fókuszálni, vagyis a drog is lehet tárgy jellegű, vágykielégítő, archaikus objekt, így a személyiségfejlődés során sérült tárgykapcsolati egység következményeként az elveszített tárgy pótlásának kísérlete jelenik meg a függőségben. A drog ezzel összefüggésben a magány ellen is megvéd, ha a függő képtelen más átmeneti tárgy létesítésére, akkor az elveszett tárgyat pótolja szerekekkel. Ezt a modellt igazolódik a gyakorló terapeuták megfigyelése által: ha a terápiás szövetség megerősödik és a terapeuta képes átvenni a tárgy funkcióit, akkor a drog iránti sóvárgás lecsökken. Hasonló terápiás tapasztalat, hogy a legtöbb drogfüggő az affektusok elhárításának sérülésétől szenved (az érzelmek traumatikus természetűek, amit a drog segítségével próbálnak tompítani). Végül fontos tudatosítani, hogy a legtöbb pszichoaktív szernek kettős arca van: a kellemes élmények, ami idealizált és az öndestruktív jelleg (ezáltal a szer is lehet önbüntető, főleg ha lassú öngyilkossághoz vezet), ami gyakran bagatellizált. A tárgykapcsolati megközelítés éppen ezt tudatosítja, hogy a korai személyiségfejlődési elakadás hasítása (szélsőséges idealizálás és devalválás) mennyire illeszkedik a drogra. Ennek visszajelzése és értelmezése a kitartó pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiás munka során azonban gyógyulást hozhat (Director, 2002).

Összefoglalás

A tanulmány célja a mostanra már több, mint százéves pszichoanalízis történetének és alapfogalmainak rövid bemutatása, hogy a Freud-ot követő jelentősebb irányzatok elméleti megközelítései is érthetővé váljanak. A pszichoanalízis elméletei közül persze számos mára megcáfolódott, számos elmélet felülíródott, azonban alapgondolatai a mai napig érvényesen hatnak a drogfüggőség kialakulásának és gyógyításának megértésében. A legismertebb önmedikalizációs modell ismeretében fontos tudatosítani, hogy a drogfüggőség hátterében személyiségfejlődésbeli elakadás is lehet, amely így pszichoanalitikusan orientált módon is kezelhető.

Irodalomjegyzék

American Psychiatric Association – APA (2013): DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.

WHO (1995): BNO-10 zsebkönyv. Népjóléti Minisztérium, Budapest.

Denend, J. V. (2009): Melanie Klein, Drug Crimes, and Women. *Studies in Gender and Sexuality*, 11, 1, 10-23.

Director, L. (2002): The Value of Relational Psychoanalysis in the Treatment of Chronic Drug and Alcohol Use. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 4, 551-579.

Freud, S. (1990): Önéletrajzi írások. Cserépfalvi Kiadó, Budapest.

Freud, S. (1995): A szexuális élet pszichológiája. Cserépfalvi Kiadó, Budapest.

Gabbard, G. O. (2016): A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve. Lélekben Otthon Kiadó, Budapest.

Gerevich J. (2000): Kémiai függőségek pszichoterápiája. In: Szőnyi G. és Füredi J. A pszichoterápia tankönyve. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Hamilton, N. G. (1996): Tárgykapcsolat-elmélet a gyakorlatban. Animula Kiadó, Budapest.

Kernberg, O. F. (2019): Súlyos személyiségzavarok kezelése – Az agresszió feloldása és az erotika felépülése. Oriold és társai Kiadó, Budapest.

Khantzian E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231–244.

Klein, M. (2000): Irigység és hála – tanulmány a tudattalan forrásokról. Animula Kiadó, Budapest.

Misch, D. A. (2000): Basic Strategies of Dynamic Supportive Therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 173–189.

Ratkóczi, É. (2010): Életesemények lelki zavarai II. A személyiségzavarok. Párbeszéd Alapítvány, Budapest.

Straussner, S. L. A. & Spiegel, B. R. (1996): An analysis of 12-step programs for substance abusers from a developmental perspective. *Clinical Social Work Journal*, 24, 3, 299-309.

Yakeley, J. (2018): Psychoanalysis in modern mental health practice. *Lancet Psychiatry*, 5, 5, 443-450.