

VIKÁR GYÖRGY

A SZONDI-TESTT HASZNÁLATA RÖVID ANALITIKUS PSZICHOTERÁPIÁBAN

Mielőtt előadásom témájára rátérnék, engedjék meg, hogy néhány szóval ismertessem: pszichoanalitikus létemre miként kerülök kapcsolatba a sorsanalízissel és az ennek a tudománynak elveire alapozott tesztvizsgálattal. Az ünnepi alkalom is feljogosít bizonyos szubjektív visszaemlékezésekre. Nagyobb gyerekkoromban jártam egyszer Szondi Lipótnál egy vizsgálaton. Viselkedése meglepett és mély benyomást tett rám. Először találkoztam orvossal, akit nem szerveim működése érdekelt, hanem test és lélek egysége, egész személyiségem. Ekkor kezdett bennem érlelődni az elhatározás, hogy orvos leszek. Később, már egyetemista koromban Benedek István előadásain és lélektani laboratóriumában ismerkedtem a sorsanalízissel.

Noha érdeklődésem utóbb más irányba fordult, változatlanul érdekelt betegeim ösztönprofilja és néhány gondolatot megőriztem egykori tanulmányaimból. Így elsősorban az *operotrópia* gondolatát, ami számos írásomban fontos szempontként jelen van, még akkor is, ha sorsanalitikus eredete nem nyilvánvaló. Jelen előadásommal Szondi nagy műve iránti tiszteletemet akarom kifejezni.

Sok évvel ezelőtt egy ifjúsági pszichoterápiás intézet vezetőjeként a növekvő beteganyag problémájával szembesültem, a páciéntúránkat diagnózis és indikáció szempontjából mind jobban meg kellett szűrünk. Így is több pszichoterápiára szoruló esetünk maradt, mint akiket szokott módszereinkkel — amelyek a klasszikus pszichoanalízist igyekeztek bizonyos módosításokkal mintaként követni — el tudtunk volna látni. Ekkor gon-

doltunk munkatársainkkal arra, hogy bevezetjük a fokális pszichoterápiát. Azonban ennek a rövid analitikus módszernek indikációja még szigorúbb feltételekhez kötött, mint egy hosszú eljárásé. Az előbbieknél a pszichoterápiás alkalmasság kritériumai — mint az intelligencia, introspekciós készség, a szenvedésnyomás, belátás a tünetek pszichés eredetébe, kezelésre és változásra való motiváltság — még inkább követelmények. Ugyancsak feltétel, hogy már az első interjúnál valamilyen analitikus intervencióra, az ún. próbaértelmezésre a paciens kedvezően reagáljon. Mi ezt az interjútechnikát még kiegészítettük projektív tesztvizsgálatokkal, többek között — javaslatomra — az interjú előtt és után Szondi-teszt felvételével. A két ösztönprofil összehasonlításából következtettünk arra, hogy várható-e eredmény a rövid pszichoterápiától? Kedvező prognosztikai jelnek tekintettük, ha az első ösztönprofilban tapasztalt megosztott, vagy magas töltésű ösztönfaktorok a szociábilis körülmények közt zajló verbális kommunikáció nyomán a második profilban ürültek, továbbá ha a Káin-típus Ábel-választípusba váltott át, ha az énkép a tudatosítás felé mozdult el, a kötődési ösztönkörben az elhagyatottságot felváltotta a kötődés, vagy az irreális kötődés a keresésnek adott helyet. Rossz prognosztikai jelnek tekintettük, ha a második ösztönprofil az elsőhöz képest *nem változott*, vagy a szorongás és elfojtás fokozódását mutatta.

Gondolatmenetemet két példával világítom meg:

A.) 15 éves fiút hoznak azzal a panasszal, hogy feledékeny, dekoncentrált, nem tud barátoskodni. Anyja keres fel előbb. Elmondja, a fiú neki panaszkodott, hogy teljesen magányos, osztálytársai nem szeretik, a problémáiról nem tud beszélni senkinek. Az utóbbi időben a tanulásban is visszaesett. Mindez nem is aggasztaná a szülőket, ha a fiú bátyja pár évvel ezelőtt nem kísérelt volna meg hasonló panaszok miatt öngyilkosságot. Életben maradt és a pszichoterápiás kezelés segítette rajta.

Pacientsünk kissé lányos képű kamaszfiú, akit külseje koránál érettebbnek mutat, viszont gondolkodása érettebbnek tűnik. Az első explorációnál elpanaszolja: az osztályban idegennek érzi magát, a többiek kinevetik. Erről főleg az osztályfőnöknő tehet: azt mondta, üljön előre, különben elalszik. „Ne hozzunk cihát (azaz ágyneműt)?” — kérdezték a fiúk utána. Egyszer pedig lányokról beszéltek. A többi fiú ugratta: „Neked nincs is mivel!” Az első interjúból kitűnt, hogy problémái miatt szenved, motiváltsága a kezelésre, együttműködési készsége erős. Ugyanakkor feltehető, hogy zárkózottságában a szenzitivitás mellett az agresszió-elfojtásnak is szerepe van; a rejtett agresszió viszont az osztályfőnöknő csendes, de sikeres provokálásában jut kifejezésre.

A bevezető interjúk kiegészítésére Rorschach- és Szondi-tesztet végeztünk. A Rorschach-teszt vizsgálat részleteit nem, csak eredményét közlöm. Eszerint intelligenciája jó, inkább absztrakt beállítottságú, túltengő fantáziaélete miatt a teljesítménye bizonytalan. Introvertált, paranoid jegyeket mutat. Agresszív színezetű indulati feszültség jellemzi. Hadilábon áll a realitással. Tagadással, érzelmi beszűküléssel, távolítással hárít, ami kritikus beállítódottsággal társul. A tesztek alapján az anyával való konfliktus tételezhető fel, ami ellen fantáziába meneküléssel és a valóság elutasításával védekezik.

A vizsgálat elején és végén végzett Szondi-teszt eredménye a következő:

	S	P	Sch	C
I.	- - ,	± - ,	+ + ,	- +
II.	- 0 ,	+ - ,	+ + ,	- +

A tesztvizsgálatok alapján — az első interjú benyomásával nem egészen összhangban — a rövid pszichoterápia prognózisa nem ítéhető különösen kedvezőnek; bár reményt keltett, hogy a Szondi-tesztben az első beszélgetés után ürült az agresszió és megszilárdult az Ábel-választípus.

Tíz ülésből álló fokális pszichoterápiát beszélünk meg. Ezen különösebb felszólítás nélkül, kötetlenül, rapszodikusán beszél. A tanulási nehézséggel kezdi, majd időzavarról panaszkodik: mindent egyszerre szeretne csinálni, majd semmihez se fog hozzá, nehogy elrontsa. Lányokkal félszeg. „Ott is lehet ilyen szempont” — jegyzem meg próbaértelmezésként, de nem kapok rá reakciót. Majd ekkor és a következő alkalmakkor is a képzetáramlás vezérmotívumaként mindinkább egy téma kristályosodik ki: a teljesség elvesztésétől való félelem. Létre akar hozni valami teljeset, például egy gyűjteményt. Meg akarja tanulni a világ összes nyelvét. Keresi az egykori érzelmeit, újra szeretné érezni őket. Sajnálja a pusztulóban lévő népeket. Megrendült, mert látott egy cseresznyefát, amit egy építkezés kedvéért kivágtak. Ezzel párhuzamosan ismételtlen panaszkodik az anyjára: mindenben korlátozza, leértékeli, folyvást utasítja.

A negyedik óra után fogalmazom meg magamban a fókusz: „Minden cselekvés, minden befejezés az elmúlást, a teljesség elvesztését juttatja eszébe.” Ez anyja korlátozó, „kasztráló” magatartásával függhet össze. Ha megmarad passzív „lányos” viselkedésénél, a többiek nevetése figyelmezteti, hogy valami „hiányzik” belőle. Ha aktív és férfias lenne, felszabadul-

nának destruktív indulatai a korlátozó anyával szemben, ami szorongást kelt. Ezt a fókuszot természetesen nem közöltem akkor egészében a pácienssel, de vezető szempontként használtam értelmezéseim megfogalmazásához. A további asszociációk feltevésemet jórészt alátámasztották. Néhány példa: Nem akar semmit a helyéről elmozdítani. Az önállósági vágy küzd benne azzal a kívánságával, hogy maradjon minden változatlan. Majd gyerekkori kíváncsiságáról beszél. Csodálkozott, miért van a férfiaknak mellbimbójuk. Három éves volt, mikor nővérét meztelenül látta. Feltűnt neki a pénis hiánya, de később illetlenségnek tartotta, hogy a nemi élet után érdeklődjön. Azt hitte, a gyerek a pusztól születik és a székllettel jön ki. A hetedik órán agresszív tartalmak jelentek meg: ha valakire haragszik, azt kívánja, az illetőt üsse meg az áram. Fél a megváltozástól: átveheti más szűk látókörét. Ismét panaszkodik az anyjára. Megjegyzem, nehéz lehet neki anyjával szemben a dühét fékezni. Mire bemutatja, ahogy otthon dühösen csapkodja az asztalt és kiabál: „Hagyj már békén!”

Értelmezéseimmel főként abba az irányba haladtam, hogy tudatosítom az anyjával való konfliktusának kihatását az élet más területeire: a tanulásra, agresszió-korlátozásra, kapcsolatára az osztálytársakkal, osztályfőnöknővel. Értelmezéseim néha csak közvetettek voltak (pl. „azért nem fog bele semmibe, mert fél a teljesség elvesztésétől”, „az osztálytársaitól való visszahúzódas mélyebb oka: fél, hogy megváltozhat a társaságukban”). Máskor nyíltabban érintettem a fókusznak tekintett konfliktust, például: „amikor korlátlan lehetőségek birtokában érzi magát, anyja korlátozó hatása ellen küzd”. Utalok az osztályfőnöknő lebecsülő modora és az anyja viselkedése közti analógiára is. Közben nem megyek bele olyan probléma elemzésébe, amit ebben az életkorban és a rövid pszichoterápia keretében feldolgozhatatlannak tartok, mint a nemi identitás zavara. Bátyjával, apjával való viszonyát is csak érintjük. A nyolcadik órán figyelmeztetem, még két óra van hátra. A következő alkalommal azzal lép be: mindketten zavarban vagyunk, nem tudunk egymással miről beszélni. Megkérdem, mi jut erről eszébe? Így érzi magát, ha egy közömbös ismerőssel találkozik. Utalok rá, hogy az elszakadás ellen védekeznek, közömbös ismerőssé akar változtatni. Ekkor eszébe jut, hogy apjával kapcsolatban is érzett hasonlót. A tizedik órán asszociációi további trónfosztásomat mutatják. Ekkor már nem értelmezek, hanem általánosságban beszélek vele a bizalom és csalódás kérdéséről. Búcsúzásnál pozitívan értékeli a kezelést.

Viszonya osztálytársaival a kezelés kezdetétől fokozatosan javult. Osztályfőnöknőjével is megszűntek a nyílt ellentétek, noha ellenszenvét továbbra is érezte. Ezért úgy tervezték, hogy a gimnázium harmadik osz-

tályát más iskolában folytatja. Két héttel a kezelés befejezése után anyja felkeresett. Elmondta, hogy eleinte élesedtek köztük az ellentétek. Majd a fiú egy kompromisszumot ajánlott fel: anyja ne utasítsa őt folyton rendre, ő viszont produkálja a jó osztályzatokat az iskolában és rendet tart a táskájában. Fél évvel később a kontrollnál kitűnik: új iskolába jár, ott jól érzi magát, barátai vannak. Figyelme most is gyakran szétszórt, feledékeny. Már nem fél annyira a cselekvéstől, mint azelőtt. Anyja megjegyzései időnként most is nagyon felbosszantják. A feszültség mintha mégis csökkent volna közöttük.

Most pedig vessünk még egy pillantást a két ösztönprofilra. Tudjuk, hogy a kétprofilos vizsgálat, ami Magyarországon egy időben elterjedt, se Szondi eredeti intenciójának nem felel meg, se a modern sorsanalitikus felfogásnak, mely a személyiségkép meghatározásához legalább tíz ösztönprofil felvételét kívánja meg. Csakhogy ez esetben a céloom nem a diagnózis volt, hanem a terápiás indikáció eldöntéséhez kerestem támpontokat. Ebből a szempontból pedig tanulságos lehet az ösztöntendenciák mozgásának hatása a terapeuta-paciens kommunikációra. Ha az első felvételt értelmezzük, a szublimálásra képes kultúremler képét látjuk, agresszió-elfojtással (vagy gátlással), morális konfliktussal, ami szorongáshoz, szégyenérzethez vezet; az énképben egyfajta túlfeszített tudati élet tükröződik, ami nappali álmódozásban is, szenzitiválásban is megnyilvánulhat, továbbá látjuk az irreális (inceszt) kötődés jelét. Az utóbbi két vektor (Sch, C) nem változik a beszélgetés után, ellenben a verbális kommunikáció során az agresszió felszabadul, ezzel a szégyenérzethez, visszahúzódáshoz vezető morális konfliktus oldódik. Pontosán ez történt a 10 ülésés pszichoterápia során: a korlátozó anyával szemben felduzzadt agresszív indulatok meg tudtak nyilvánulni, de etikai fékezétséggel. A tudattalan destruktív fantáziák félelmetessége csökkent. Ezért a kortársi csoportba, az iskolába is jobban be tudott illeszkedni. Noha a személyiség több alapvető problémája megoldatlan maradt, a pillanatnyi krízisen túljutottunk. Egy tizenöt éves fiúnál még a spontán serdülőkori fejlődéshez is fűzhetünk reményeket.

B.) Tizenkilenc éves fiatalember sajátos rosszullétról panaszkodik. „Valamilyen koncentrált idegesség, mintha a világ kiesne a fejéből, majd a szorongás.” Első ízben akkor jelentkezett ez a rosszullét, amikor csalódott egy barátjában és egy másik barátjának erről beszélt. Más alkalommal azután lépett fel, hogy valaki egy étteremben belékött. Fő panasza ez a neurotikus tünet volt. A családja, amikor pszichoterápiára biztatta, ezt egészen más okból tette. Érettségi után súlyos beilleszkedési nehézségek

jelentkeztek. Nem tanult tovább és munkát sem keresett. Kizárólag zenével és olvasással foglalkozott, de azzal sem rendszeresen. Hajviseletével és öltözködésével is kifejezésre juttatta nonkonformizmusát.

A pszichológiai tesztekéből most csak az interjú elején és végén felvett Szondi-teszt eredményét mutatom be:

	S	P	Sch	C
I.	0 ±,	+ ±,	0 ±,	0 +
II.	0 - ,	± ±,	0 + ,	0 ±

Az első interjú- és a teszt-eredmények alapján pszichoterápiára alkalmasnak tűnt. Eközben a Szondi-tesztben jelzett veszélylehetőségeket figyelmen kívül hagytuk — erre az esetismertetés végén még visszatérek. Három hónapos, heti egyszeri pszichoterápiát beszélünk meg.

Az első órán apjáról beszél, aki szívinfarktusban meghalt, amikor ő 14 éves volt. Nem sokkal előtte arra készítette apját, hogy fusson utána a lépcsőn. Azt hiszi, ez hozzájárult a halálához. Következő alkalommal megrendülten érkezik: egy barátnője öngyilkosságot kísérelt meg. Úgy érzi, bizonyos időpontokban *gondolnia kell rá*, hogy tartsa vele a kapcsolatot, talán hogy meg ne haljon. Majd elmondja beszélgetését egy másik lánnyal, aki ugyancsak elvesztette az apját. Mindketten az apjukkal kapcsolatos emlékeiket idézték fel. A patetikus hangulatú társalgás közepette egyszer csak erős késztetés fogta el, hogy nevetésben törjön ki. Ugyanis az jutott eszébe, mi lenne, ha elmondaná: tulajdonképpen ő okozta apja halálát. Miközben ezt meséli, láthatóan izgalmi állapot vesz rajta erőt. Megjegyzi: „Ez az a rosszullet.” Szíve mind hevesebben dobog. Majd megnyugszik és mély közönyt érez.

Azt hiszem, minden erőszakoltság nélkül feltételezhetjük, hogy a rosszulletet egy tudattalan fantázia tudatközelbe kerülése váltja ki (amit gyakran haragos indulatok mobilizálnak), az t.i., hogy mágikus hatalma van, gondolataival életben tarthat, vagy megsemmisíthet embereket. Ez a fantázia azonban igazolná apja haláláért érzett büntudatát, amiért vezekelnie kell. Az utóbbi azt is magyarázná, miért teszi ki magát ismételtelen környezeti konfliktusoknak és kudarcoknak.

A kezelést rendszeresen folytatni nem sikerült. Már a következő alkalommal jelzi, hogy állásba ment. Majd még három ízben járt nálam. Utoljára fél évvel a kezelés kezdete után. Ezalatt az idő alatt magatartása

is, életkörülményei is jelentős mértékben rendeződtek. Az eredmény tehát látszólag jó volt. Csakhogy ezt a jó eredményt aligha tekinthetjük úgy, mint a problémák átdolgozásának következményét. Inkább annak a jelenségnek ítélnéjük, amit a pszichoterápiás irodalom az „egészségbe menekülésnek” nevez. A második óra katartikus élménye, a drámai szembesülés a tudattalan komplexussal, olyan heves szorongást váltott ki, aminek kitenni magát újból nem kívánta. Inkább énjének rejtett erőtartalékait mozgósította.

Összehasonlítva a két kezdeti ösztönprofil, megállapíthatjuk, hogy a korai feltárássra bekövetkező heves reakció bejósolható lett volna. Igaz ugyan, hogy az extravaganciát jelző konstelláció a nagy S0 -ben az agresszió elfojtásába, illetve humanizálásába vált át, továbbá a veszélyt sejtető „elhagyott én” képe az Sch vektorban a fokozódó tudatosulás felé halad (bár kritikai szűrő nélkül). Csakhogy ami tudatosul, az a kötődési válság, a boldogtalanság, a lelkiismereti konfliktus, ami — a P és C vektorokat figyelembe véve — heves szorongást vált ki. Ha komolyan vesszük a teszvizsgálat tanulságait, már az indikációnál megállapíthattuk volna, hogy ennek a fiatalembernek mélyen fekvő személyiségi problémáihoz csak egy hosszabb terápia biztonságot nyújtó légkörében férhetünk hozzá, ami esetleg kezdetben inkább énerősítő jellegű.

Tisztelt hallgatóság! Előadásomban a rövid analitikus pszichoterápiával kapcsolatban a Szondi-tesztnek csak egyik felhasználási módját mutattam be. Számos esetben azt találtuk, hogy más adatokkal egybevetve az indikáció-kontraindikáció kérdésének eldöntéséhez hasznos segítséget nyújt. Nem beszéltem egy másik felhasználási módjáról, amikor fölhívja figyelmünket egy személyiségben rejlő probléma aktuális relevanciájára, holt ezt is nemegyszer tapasztaltam. A klasszikus pszichoanalízisben nem szeretünk semmilyen kívülről jött adat birtokába kerülni. Azt tartjuk ideálisnak, ha minden lényeges információ a pácienstel együttműködve, az analitikus folyamat során kerül felszínre. A rövid terápiánál azonban a helyzet más, hiszen ott problémacentrikusan kell dolgoznunk és nem mindig könnyű eltalálni: melyik problémát állítsuk a középpontba. Manapság sokan kétségbevonják a Szondi-teszt pszichopatológiai és személyiségdiagnosztikai érvényességét, nyilván nem alaptalanul. Véleményem szerint azonban igazi értéke nem is a diagnosztikában van, hanem a személyiség vezető tendenciáinak egymáshoz való viszonyáról és mozgásáról tud olyat mondani, amit más projektív tesztől hiába várnánk.

IRODALOM

- BENEDEK I., 1987, *Az ösztönök világa*, Minerva, Budapest.
- KLÜVER, R., 1970, Über die Orientierungsfunktion eines Fokus bei der psychoanalytischen Kurztherapie, *Psyche*, 24, 10, 739—756.
- MALAN, D. H., 1963, *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock Publ., London.
- LUKÁCS D., 1989, *A Szondi-teszt*, Tankönyvkiadó, Budapest.
- MÉREI F., Szondi-teszt, Az Országos Ideg- és Elmegyógyintézetben tartott előadás szövege.
- SZONDI L., 1960, *Lehrbuch der experimentellen Tirebdiagnostik*, Hans Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Wien.
- VIKÁR GY., 1977, Fókuszterápia lehetőségei a serdülőkorban, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 34, 6, Budapest, 611—622.