

"Idegtudományok" PhD program (programvezető:

Dr. Lénárd László egyetemi tanár)

"Viselkedéstudományok" PhD alprogram (programvezető:

Dr. Szabó Imre egyetemi tanár)

## PhD Értekezés

### Tézisek

Pszichotraumák patogenetikai és terápiás vonatkozásai

Gáti Ágnes dr.

PTE ÁOK Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinika

Témavezető: Dr. Tényi Tamás PhD. egyetemi adjunktus

Pécs, 2002

**Tartalomjegyzék:**

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

## 1. A trauma koncepció a dinamikus pszichiátriában, célkitűzés

Az orvostudományban régóta végighúzódozó "nature and nurture" kérdéskör a pszichiátriában különös jelentőséget nyer, főként a környezetből érkező pszichológiai traumák által befolyásolt kórképek területén. A pszichés traumák mibenlétének, jelentőségének, specifikus szerepének körülírása évtizedekre visszavezethető kutatás tárgya, fogalma az idő folyamán jelentősen módosult és egyre specifikusabb aspektusokat nyert.

A trauma modern értelmezése *John Erickson* angol orvos munkásságával kezdődött, aki az 1860-as években egy vasúti katasztrófa túlélőin leírta a trauma szindrómát, *Paul Oppenheim* a tünetcsoportot "traumás neurózis"-nak nevezte.

A következő ötven évben a sokk fiziológiájának vizsgálata került előtérbe, elsősorban *Cannon* és *Pavlov* munkássága révén. A trauma fogalma azonban egyre inkább pszichológiai jelentést kapott *Charcot*, *Janet*, *Breuer*, *Freud*, *Prince* és mások munkáiban.

A dinamikus pszichiátriai trauma elméleteket áttekintve *Freud* korai teóriáihoz kell visszanyúlnunk, aki leírja a „csábítás elméletet”, mely alapján a neurózisok eredetét a gyermekkorban elszenvedett, felnőttek által okozott szexuális traumákra vezeti vissza. Később *Freud* (1897) feladta ezt a teóriát, és a traumatikus élményeket jórészt a fantázia világába száműzte, illetve ambivalens maradt a kérdéskörrel szemben. *Ferenczi Sándor* mindvégig hangsúlyozta az élmény szerepét a fantázia mellett, valamint azt, hogy minden lelki történés emberi kapcsolatokba ágyazott.

A következő lépést a holokauszt túlélőkkel kapcsolatos pszichoanalitikus kutatások jelentették, melyek legfontosabb eredménye a túlélők gyermekeinek vizsgálata és az intergenerációs - transzgenerációs aspektusok előtérbe kerülése volt. (A témában megjelenő korai munkák elsősorban a hazatérők pszichés károsodásait elemezték). Így a pszichoanalízis az ént a képzelet szintjén meggyötrő fantáziákra éppen olyan hangsúlyt fektet, mint az éntek a valóságos történésekre adott válaszaikra. A trauma realitása a szülők valóságos élménye, de ezt a gyermek a képzelet segítségével önmagára vonatkoztatja.

*Ilany Kogan* (1994) írja, hogy az átvitt trauma hatása a szülő múltjához való fixálódás, ami gátolja a szelf autonómiáját.

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

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

*Freud* 1917-ben a traumát a következőkben definiálta: „... egy élmény, amely a lelki életet rövid időn belül oly erős ingernövekedéssel szembesíti, hogy annak elintézése és feldolgozása a normális, megszokott módon nem sikerül...” A freudi definíció alapvetően a mai napig érvényes, ha sok szempontból ki is egészült és differenciálódott a pszichoanalízis továbbfejlődésével. Az énpeszichológia, a tárgykapcsolat-elmélet, a fejlődépszichológia és a szelfpszichológia új szempontokat vetettek fel, s különbözőképpen hangsúlyozták a témát. A trauma fenomenológiája is változik: az egyszeri sokk-trauma mellett stressz- vagy strain-traumáról (*Kris*, 1977), vagyis huzamosabb időn át ható traumáról beszélünk. Jelentős momentum mikor az angol tárgykapcsolat-elméleti teoretikus, *Masud Khan* (1963) leírja a kumulatív traumát: Az anya védőpajzs a csecsemő számára a veszélyek ellen. Ha ez a pajzs tartósan gyenge, vagy nem működik, az anya „ingerelhárító” feladatát belső és külső ingerek túláradása ellen a gyermekkel való praeverbális kapcsolatában nem tudja ellátni, a gyerekekben kumulálódik a traumatikus megterhelés. Az anyai védőpajzs alkalmi gyengesége viszont szükséges az egészséges adaptáció kifejlődéséhez. A szülők nemcsak a védelem hiányával, hanem a felesleges és túlzó szükségletkielégítéssel is előidézhetik a kumulatív traumát.

A gyermekkori szexuális abúzussal az 1970-es évektől kezdtek egyes kutatók behatóbban foglalkozni.

Nagy jelentőséggel bírt, amikor P. *Janet* elsőként hangsúlyozta a traumatikus élmények és a disszociáció együttjárását, ill. a kísérő amnéziát. A mai felfogás szerint a disszociáció körébe tartozó jelenségek kontinuum mentén helyezhetők el. A modern elméletalkotók közül kiemelkedik *E. Hilgard* (1976) „neodisszociációs” elmélete, mely nevében a *Janet-féle* disszociációs tanokkal való rokonságot és az attól való elkülönülést egyaránt kifejezi. Az elmélet érdeme többek között, hogy egy patológiás formákban leírt fogalmat átemel az általános lélektan területére. Legfontosabb kísérleti paradigmája az ún. „rejtett megfigyelő”. Általánosan elfogadott, hogy ezek a gondolatok jelentős előfutárai a gyermekkori abúzus disszociatív betegségekben betöltött szerepére vonatkozó mai elméleteknek.

*Daniel Stern* - integrálva a csecsemőmegfigyeléseken alapuló posztkohuti szelf-pszichológiai teóriákat *Paul Ricouer* pszichoanalitikus hermeneutikájával - elkülöníti a patológiák aktuális és narratív eredetét. Az aktuális eredetet a konkrét élettörténeti esemény, míg a narratív eredetet a szelf-érzetek torzulásainak egy kulcsmetaforában történő leírása jelenti. Míg a reaktív kórképek esetében az aktuális és a narratív eredet átfedi egymást, addig a kumulatív traumatizáció kapcsán kialakult, vagy a biológiailag meghatározott szelf-érzet torzulások esetében az aktuális eredet nem is feltárható.

A jelenlegi trauma kutatások számos új irányt is kirajzolnak. *Van der Kolk* és munkatársai a traumás emlékezést neurobiológiailag értelmezték. Hipotézisüket az elháríthatatlan sokk állatkísérletes modelljére alapozták, és felfogásuk szerint a trauma a memóriában időtálló pontossággal kerül megőrzésre és ez felelős a hosszútávú és gyakran késleltetett hatásokért PTSD-ben. Álláspontjuk szerint a traumás esemény a normális emlékezéstől eltérő módon kerül tárolásra az agyban. *Van der Kolk* (id. *Leys* 2000) szerint a traumás emlék nem tekinthető „deklaratív” vagy „narratív” emlékezésnek, - melyet jellemez, hogy tudatosan előhívható és verbálisan elmesélhető, hanem inkább „implicit” vagy „nondeklaratív” memória fajta, mely magában foglalja a testi emlékezést, készségek, szokások, reflexek, klasszikus kondicionált válaszok formájában, és kívül esik a verbális-szemantikus-nyelvi reprezentációkon. A hipotézis alapján minden egyes implicit memória rendszer

az agy körülírt területéhez kapcsolható és jelenleg folyik a kutatás ezen memóriák neurohormonális bázisa, valamint olyan kezelési technikák után, melyek a traumás memória alapját képező központi idegrendszeri aktivitást csökkentik vagy megszüntetik.

Említésre méltó, hogy egyre több vizsgálat látszik igazolni a gyermekkori (szexuális) abúzus szerepét a későbbi pszichopatológiában. Így pl. Kendler és mtsai (2000) 1411 női ikerpár vizsgálata során leírta, hogy az ikerpár zaklatásnak kitett tagjaiban szignifikánsan nagyobb százalékban találtak pszichopatológiát. *Nemeroff és mtsai* (2001) vizsgálataikban szignifikáns változást észleltek az ACTH és cortisol szintekben korai traumát elszenvedett páciensek esetében.

### **Célkitűzés:**

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

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

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

Már *Bonhoeffer* (1901) és *Harder* (1947), majd *Benedetti* (1952), *Victor* és *Hope* (1958, 1967), *Scott*, *Schuckit* (1982), később *Glass* (1989), *Tsuang* és *mtsai* (1994), *Soyka* (1994) közöltek e betegcsoportra vonatkozó adatokat: Prognosztikai következtetések levonására alkalmas eredményeket azonban az irodalomban nem találtunk. Vizsgálatainkban célul tűztük ki ezért az alkoholos hallucinózisok kialakulására és kórlefolására vonatkozóan a genetikai aspektusok és a tágabban értelmezett környezeti pszichoszociális stresszorok jellemzőinek és pathoplasztikus szerepének elemzését (*Gáti* és *mtsai*, 1986, *Gáti*, *Trixler*, *Tényi*, 2001 ).

### **Vizsgálat, módszer**

Klinikánkra a vizsgált 37 év során 115 beteg került felvételre alkoholos hallucinózis miatt. (Anyagunkban az irodalmi adatokkal összhangban az alkoholos hallucinózis az alkoholos pszichózisok 1,9%-át tette ki.). Közülük 83 betegnél tudtunk katamnesztikus vizsgálatot végezni az általunk szerkesztett, sokféle szempontot figyelembe vevő, részletes kérdőív alapján.

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

Az alábbiakban a feldolgozott adatokból csupán néhány, dolgozatom szempontjából releváns információt emelek ki.

A katamnézis átlagos időtartama 20,6 év volt.

### 1. táblázat. A vizsgált betegek jellemzői

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

A kórlefolyás alapján a betegek alapvetően három csoportba voltak sorolhatók.

### 2. táblázat. Az alkoholos hallucinózis kórlefolyás típusai

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

A környezeti pszichoszociális traumák szerepére következtethetünk áttételesen az alkoholfogyasztáshoz vezető motivációk vizsgálatával. Az adatokat két fő kategória szerint csoportosítottuk, egyéni (szorongásoldás, kontaktus- és önértékelési problémák kompenzálása, familiáris, és munkahelyi stressz, egzisztenciális problémák, stb.), illetve szociális (családi, társadalmi



minták követése, csoportnormákhoz való alkalmazkodás, stb.) motiváció szerint.

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

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

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

#### **Összegezve eredményeinket:**

Az irodalmi adatok szerint csupán Benedetti (1952) vizsgált hasonlóan nagy számú (113) alkoholos hallucinózisban szenvedő beteget, a kórlefolyás szempontjából azonban nem végzett elemzéseket, csupán felvetette az "exogen/vagy endogen" faktorok prognosztikai szerepét.

Az alcsoportok összehasonlításából e vonatkozásban is értékelhető adatok adódtak (Gáti és mtsai, 1986, Gáti és mtsai, 1986, Gáti, Trixler, Tényi, 2001). Felismerhető, hogy az italfogyasztást jelentősen csökkentő vagy teljesen abbahagyók között szignifikánsan több a gyógyult és kevesebb a később dementálódott páciens, mint az alkoholizálást változatlanul fenntartó vagy esetleg fokozó betegek között. Ebben a két alcsoportban, azaz a gyógyultak és dementálódók csoportjában az alkoholnak, mint exogén noxának a szerepe a bonhoeffer-i betegségfelfogás szerint igazoltnak látszik. Nincs azonban számottevő különbség a pszichotikus kórlefolyás arányában az italfogyasztástól függően. Az alkoholizálást csökkentők, illetve változatlanul folytatók csoportjában nagyjából azonos arányban fordul elő pszichózisba való átmenet. Az ivás alakulása tehát e csoportban nem befolyásolta a prognózist. Mindezek az alkoholos hallucinózisok heterogenitását támasztják alá.

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

A pszichotrauma szerepe illetve általánosabban a konfliktus-patológia régóta vitatott kérdés a szkizofrén pszichózisok kialakulásában is. (*Jádi, Koltai, Gáti, Trixler, 1983, Trixler, Gáti, Tényi, 1995, Trixler, Gáti, Tényi, 2000*).

Az utóbbi évtizedek kutatásai alapján úgy tűnik, nem tartható a klasszikus pszichodinamikus felfogás, amely specifikus fejlődési szakaszokhoz (traumákhoz) kötött specifikus pszichiátriai betegséget tételez fel (*Ferenczi, 1913, Klein, 1946, Mahler, 1975, Kernberg, 1976*).

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

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

Kiemelést érdemel a strukturális és funkcionális vizsgálatok integrációjaként *Weinberger (1991)* által leírt idegfejlődési modell. (prefrontális metabolikus hipofunkció, mely az anteromediális temporalis lebeny strukturális patológiájának másodlagos következménye, illetve a két agyi struktúra közötti kommunikáció deficitje tételezhető fel szkizofréniában). Az idegfejlődési modell szerint egy statikus, nem progresszív, nem degeneratív agyi abnormalitás lép interakcióba a normál agyi érési folyamatokkal, melyek a huszas évek elején fejeződnek be. Ebben a korban történik az adaptáció szempontjából jelentős

agyi struktúrák érése, és ez az az időszak, amikor a fiatal felnőtt kikerül az addig protektív családi kötelékből. Ugyanakkor ez az az idő, amikor az agyi dopamin rendszerek csúcsaktivitást érnek el. Ha egy statikus agyi lézió jellemzi a páciens ebben a korban, a fenti fejlődési folyamatok és stresszhelyzetek kapcsán a fiziológiai és magatartásbeli adaptáció sérül, és egy láncreakciót elindítva szkizofrén pszichopatológiához vezethet (*Weinberger, 1987, 1991, Willick, 1993*).

Az idegfejlődési modell tehát a neurodegeneratív teóriákkal szemben jelentősnek tartja a stresszek szerepét, s ily módon jól korrelál *Ciampi* (1988) máig is korszerű szkizofrénia modelljével. E modell révén a prenatális ártalmak is etiológiai szerephez juthatnak, így a marker-kutatások is egyre nagyobb klinikai jelentőséggel bírhatnak. Az újabb kutatások alapján az is valószínűnek tűnik, hogy a preszkizofrén gyermek már olyan premorbid jegyeket mutat, amelyek kapcsán a szülők folyamatosan frusztrálódnak, s amely másodlagosan az interperszonális kapcsolatok torzulása révén növeli a gyermekre háruló stresszek mennyiségét (*Willick, 1993, Gabbard, 1994*). *Robbins* (1992) integratív modelljében leírja, hogy a preszkizofrén gyermek képtelen a szülővel való adekvát kapcsolódásra, a szelf-mag érzet és a szubjektív szelf-érezet kialakítására, mely a gondozókkal szimbiotikus jellegű kapcsolatot hozna létre. Az is lényeges felismerés azonban, hogy a pszichiátriai betegség irányában magas rizikójú gyermekek prospektív vizsgálata során, több vizsgálatban is a vártnál kisebb számban jelentkezett pszichiátriai betegség. Az ún. protektív szülőiség robusztus bizonyítéka származik az egyik legjelentősebb genetikai vizsgálatból, a Copenhagen High-Risk Study 2002-ben publikált eredményeiből, miszerint a genetikai kockázat manifesztációja klinikai pszichózis formájában, függ a szülő-gyermek interakció milyenségétől, annak esetleges kompenzáló sajátságaitól (*Schiffman és mtsai, 2002*).

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

Annak reményében, hogy vizsgálataink jelentőséggel bírhatnak az integratív pszichózis koncepció szempontjából, egy speciális stresszhelyzet - a

szülés - hatását elemeztük a már korábban szkizofrénia kórjelzéssel kezelt nők esetében. A szkizofrén nők egyre növekvő fertilitása új jelentőséget ad a generációs folyamatokkal együttjáró stresszek és azok pszichés következményei feltárásának.

### ***Betegminta és módszer***

1339 reprodukcióban (15-45 év) lévő szkizofrén nőbeteg kórtörténetét néztük át, akiket 1946-1990 között kezeltünk klinikánkon. A szkizofréniaiban szenvedő nők közül kigyűjtöttük azoknak az adatait, akik gyermeket szültek és a terhesség során vagy a szülés után 6 hónapon belül pszichotikus epizód alakult ki. A generációs folyamat során pszichotikussá vált páciensek utánvizsgálatát egy félig-strukturált kérdőív felhasználásával végeztük el. A BNO-9 diagnosztikus kritériumait alkalmaztuk, a statisztikai elemzés  $X^2$ -próbával történt, Yates féle korrekció alkalmazásával.

### ***Eredmények***

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

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

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

\*statisztikailag szignifikáns ( $P < 0.001$ )

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

## **Megbeszélés**

Az utóbbi időben az un. „stressz-szummációs teória” kezd általánosan elterjedni. Ennek három összetevője van: 1. genetikai-konstitucionális, 2. endokrin-fiziológiai és 3. szociális-környezeti. A legtöbb szerző szerint pszichózis kialakulásához többnyire mindhárom vagy legalább két területen kell működési zavarnak fennállnia. A szüléshez társuló pszichózisokban a fenti három tényező különválasztása és elkülönített vizsgálata gyakorlatilag alig lehetséges, ezért különösen érdekesnek tűnnek a gyermek adoptálást követő „post partum pszichózisok”. Az adoptáció esetében terhesség és szülés nem lévén, az endokrin tényezők szerepe kizárható és így módon elsősorban a pszichodinamikai tényezők szerepének megítélésére alkalmasak (*Trixler és Jádi 1981*).

*Arieti (1974)* a szülés utáni lélektani konfliktusokat a következőkben foglalta össze: 1. Az anyai szerep elfogadásának konfliktusa, 2. Az anyai szerepben való bizonytalanság, inszufficiencia érzése, 3. A házasság, illetve a partner elfogadásának konfliktusa. Kiemeli a kettős identifikációt. A beteg egyrészt identifikálódik saját anyjával, - akit adott esetben rossz anyának tekint -, másrészt gyermekével, aki így módon egy újabb rossz anya áldozata lesz. A szorongás így az ő korábbi anya-gyermek kapcsolatából ered.

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

Az új pszichoanalitikus pszichológia meghatározó teoretikusa, Daniel Stern erről a fejlődési szakaszcól, mint az un. “anyai konstellációról” ír 1996-os monográfiájában, megújítva a szülésre vonatkozó tradicionális duáluniós, illetve ödipális interpretációkat.

Az adoptáció további fontos jellemzőjének tartjuk, hogy a nő megelőző terhességi állapot nélkül válik anyává. *Deutsch (1945)* nézetei szerint a

terhesség során a magzat érzelmi „befogadása” az egész személyiség szempontjából érési folyamatot jelent. *Leifer* (1977) a terhesség pszichológiai változásait vizsgálva úgy találta, hogy az anyai érzések a terhesség alatt folyamatosan fejlődnek és a terhesség legfontosabb fejlődési mozzanataként a magzat elfogadását és érzelmi beépítését emelte ki. Ettől a normális személyiségérlelő folyamattól az adoptáló anyák meg vannak fosztva. (Ezen kívül számos egyéb dinamikai tényező lehet jelen, pl. az asszony teherbeesési képtelensége miatti önértékelési problémája, női identitásában való frusztráltsága.)

### **Következtetések**

Saját vizsgálatainkban, mely igen nagyszámú szkizofrén populációt érintett, a nők 12.2%--ban alakult ki újabb pszichotikus epizód a gyermekszüléshez társulva. Ha összehasonlítjuk a postpartum pszichózisok egészséges nőkben általánosan elfogadott 1-2 pszichózis/2000 szülés gyakoriságával, ez több mint 100-szorosan megnövekedett rizikót jelent.

Bár nem tartható a klasszikus felfogás, hogy a terhességnek pszichózis protektív hatása lenne, kétségtelen azonban, hogy a pszichózisok incidenciája a terhesség során mintegy 1/5-e az átlagosnak. Saját adataink is ezt a tendenciát támasztják alá.

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

antipszichotikumok birtokában nagyobb lehetőség nyílik. Ennek ellenére fontosnak tartjuk az ilyen körülmények között született gyermekek utánkövetéses vizsgálatát, melynek kapcsán több szer vonatkozásában sem találtunk ezidáig szövődményt (*Gáti, Trixler, Tényi, 2001*).

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

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

A pszichotrauma jelentőségét vizsgáltam a szorongásos zavarok egyik legpregnansabb képviselője, a pánikbetegség esetében. A mai értelemben vett pánikbetegség nem jelöl alapvetően új tünetcsoportot, hiszen már évszázadok óta különböző elnevezéssel nem csupán orvosi, de szépirodalmi művekben is említésre került. *Donald Klein* 1964-ben elsőként javasolta a „pánikbetegség” elnevezést, de önálló diagnosztikai kategóriaként csak a DSM-III-ban jelent meg (1980). *D. Klein* vizsgálatainak hatására a pánikbetegség jó időre elsősorban biológiailag értelmezett kórkép lett, s a betegség etiológiájának kutatásában is főként a fiziológiai, biokémiai faktorok kerültek előtérbe. Ezen kutatások jelentős eredményei nyomán igen hatékony farmakoterápiás lehetőségek bontakoztak ki.

Bizonyos mértékben sokáig háttérbe szorult a tünettán kialakulásában potenciálisan szerepet játszó pszichoszociális faktorok tudományos vizsgálata. Az utóbbi években azonban egyre inkább tapasztalhatjuk az integratív szemlélet térhódítását, a kórkép kialakulását és terápiáját illetően egyaránt. A biológiai prediszpozíció és a konstitucionális tényezők függvényében a pánikroham megjelenéséhez több-kevesebb, általában nem tudatosuló pszichológiai összetevő szükséges.

A fentiek alapján a farmakoterápia mellett már régóta helye van a pszichoterápiának a pánikbetegek kezelésében. Az irodalmi adatok szerint elsősorban a kognitív-viselkedésterápiás kezelési mód terjedt el. Hazánkban is e terápiás formának vannak jelentős hagyományai. Lényegesen kevesebb adat van – még a külföldi szakirodalomban is – a pszichoanalitikus-pszichodinamikus megközelítési módra vonatkozóan.

Nem ismeretlen a szorongásos kórképek, így a pánikbetegség módosult tudatállapotban történő kezelése sem. A legtöbb irodalmi adat szerint a hipnózisban történő pszichoterápia is elsősorban viselkedésterápiás szemléletű (Frankel, 1976, Kroger, 1977, Meer, 1985), itt is kevés a dinamikus orientált



terápiáról szóló közlemény. *Frankel* (1974) a pánik regresszív jellegét hangsúlyozta, s felhívta a figyelmet a pánik és a transzállapotok analógiájára.

Vajon indokolt-e a pánikbetegeket módosult tudatállapotban kezelni, és ha igen, milyen esetben, mik lehetnek az indikációk, hiszen jóval nagyobb időbeli ráfordítást igényel (legalábbis rövid távon) egy ilyen orientációval és módszertannal folytatott terápia.

Utánkövetéses vizsgálatok során kiderült, hogy vannak betegek, akiknél gyakran visszamaradó tünetek, funkcióbeli károsodások, illetve különböző pszichológiai distresszre utaló jelek maradnak fenn. Más adatok szerint a korábban sikeresen gyógyszerelt betegek egy részénél a tünetek visszatérésével kell számolni. Feltehetően ez a jelenség is arra utal, hogy a pánikbetegségben is, sok más kórképhez hasonlóan, különböző klinikai alcsoportokkal kell számolni. E páciensek esetében a feltáró jellegű – adott esetben módosult tudatállapotban végzett – pszichoterápia véleményem szerint az effektív terápia szempontjából nem megkerülhető.

**A pánikbetegek egy lehetséges alcsoportjánál alkalmaztam 26 esetben a dinamikus orientált hipnoterápiát.** E betegek elemzése során feltárhatók és leírhatók voltak olyan pszichodinamikai sajátságok, melyek feltehetően a tünetcsoport kialakulásában is szerepet játszottak. Ilyen sajátság az élettörténeti adatok között szereplő gyermekkori szeparációs szorongás, a tárgyvesztés gyakorisága, illetve feldolgozatlansága. Mindez összhangban áll az irodalmi adatokkal. *D. Klein* (1964), később *Shear* (1993) és mások vizsgálataiból kiderült a pánik és az etológiai szempontból is nagy jelentőségű szeparációs szorongás kapcsolata. *Ballenger* (1989) ehhez hozzáfűzi, hogy a fentiek kapcsolatát alátámasztja a tárgyvesztések gyakorisága pánikbetegeknél, ami lényegesen nagyobb a többi szorongásos kórképhez viszonyítva. *Shear és munkatársai* (1993) szerint a pánikbetegségben általánosan jellemző a negatív érzelmek tagadása, ami a szomatikus tünetbe fordítás pszichodinamikai hátterét képezheti.

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

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

Munkamódomat három terápia lényeges mozzanatainak leírásával érzékeltetem. A szorongás, nem egyszer a „pánikbetegség”, felfedezhető némely művészeti alkotásban, vagy a művészek életútjában. A művészeti alkotásokban számtalan „spontán gyógymódot” követhetünk nyomon (pl. Goethenél). Irodalompszichológiai tanulmányomban (Gáti, 1997) az abszurd dráma jelentős alakjának, E. Ionesco életútjának (gyermekkorai trauma, tárgyvesztés, pánikbetegség) és műveinek elemzésével egy másik lehetséges „megoldási kísérletre”, a szublimációra mutatok rá.

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

Az utóbbi évtizedben sok más kórképhez hasonlóan a borderline személyiségzavar kóroktanát illetően is a korábban uralkodó felfogásoktól eltérő szemléletmód alakult ki. A borderline személyiségzavar kialakulásában a pszichológiai okok szerepe egyértelmű. Ezek azonban nem specifikusak, patogenetikus vonatkozásaik csak egy biológiai predispozíció talaján bontakoznak ki. A legtöbb kutató kiemeli a biopszichoszociális megközelítés fontosságát, s elemzi a predispozíció – stressz modell és a multifaktoriális rizikófaktorok interakcióját (*Paris, 1994*).

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

A lehetséges rizikófaktorok közül a figyelem középpontjában a bántalmazás, s ennek szerepe áll. Az utóbbi években több empirikus vizsgálat szoros összefüggést sugallt a borderline pszichopatológia és az ismétlődő traumák között, beleértve a gyermekkori fizikális és még inkább a szexuális abuzust (különösen az incestet), sőt a családon belüli erőszak tanukénti megtapasztalását, valamint az érzelmi elhanyagolást.

Már a „klasszikus” felfogások sorában lényegesnek vélték azt az esetleges családi patológiát, melyben a traumatizáció megtörténhet. A borderline személyiségzavar kialakulásában az abuzuson kívül szerepet játszó másik lényeges rizikófaktor a kóros szülői magatartás és a szeparáció (*Gunderson, 1996*)

*Peter Fónagy* (2000) szerint a poliszimptomatikus formában manifesztálódó borderline betegségben az attachment kapcsolatok reprezentációja és az attachment viselkedés egyaránt dezorganizált. A

kötődésemélet talajáról kiindulva az interszubjektív folyamatban kiépülő reflektív szelf-funkció, illetve a mentalizáció jelentőségét emeli ki. Az anya magasabb reflektív kapacitása növeli a gyermekben a biztonságos kötődést, amely facilitálja a mentalizációs folyamatot. A szülő korai kötődési élménye hozzájárul kapcsolati modelljéhez, a reflektív funkció tehát az attachment kapcsolatok kontextusában fejlődik.

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

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

páciens képtelen belső képet alkotni a korábban elszenvedett abuzív kapcsolat miatt, helyette az önsértő magatartás, a kényszertünet jelenik meg.

Másik fontos aspektus a szégyen, melyet Schore (1994) alapvető affektusnak tart, s mely a szocializációban jelenik meg. Hangsúlyozza, hogy ha a szégyen-szocializációt megelőzik a biztonságos kötődés kialakulását veszélyeztető események, vagyis a korai kötődés bizonytalan, akkor a szégyenélmények halmozódnak, és az ún. „interaktív reparáció” elmarad (vagyis a gondozó nem képes olyan reparációs erőfeszítésre, melyet a gyerek internalizálhatna). Mindez fragmentációhoz, az egész érzelmi élet szabályozásának elégtelenségéhez vezet. Az attachment kapcsolat optimális esetben aszimmetrikus, komplementer. Ha megszűnik ez a komplementaritás, mindkét fél a kötődő szerepét játssza, szerep-visszafordítás jön létre. A korai dezorganizált attachment kapcsolat következményeként a gyermekben szimultán kialakulhat a megmentő, az áldozat és az üldöző szelf-reprezentáció.

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

A mentalizációs folyamat aktiválása általában verbális úton, pszichoanalitikus terápiában történik. Publikációimban rámutattam a hipnoterapiás megközelítés lehetőségeire és terápiaelméleti és technikai konzekvenciáira (*Gáti, 1998, Trixler, Gáti, Tényi, 2000, Gáti, 2002*). A terapiás konzekvenciákkal a későbbiekben külön fejezetben foglalkozom.

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

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

Az utóbbi két évtizedben ismét az érdeklődés előterébe került a 19. században *Pierre Janet* által már felvetett kapcsolat a traumatikus élmények, a disszociáció és a pszichiátriai betegségek széles skálája, - így az evészavarok - között. *Vanderlinden és Vandereycken* (1993, 1993) 100 beteg vizsgálata kapcsán vetette fel a kapcsolat lehetőségét a trauma súlyossága és a disszociatív jelenségek gyakorisága között.

Áttekintve a traumás előzmények és a disszociáció előfordulására vonatkozó adatokat, ezek evészavarokban betöltött szerepét illetően nem könnyű egyértelmű következtetést levonni. A rendelkezésre álló kutatási adatok és a klinikai tapasztalatok alapján általános következtetésként levonható, hogy súlyos szexuális és/vagy fizikai abúzus gyermekkorban és korai adolescens korban az egyén számára mindenképpen rizikót képez pszichiátriai betegségek kialakulására, beleértve az evészavarokat is (1997).

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

A nemzetközi és a hazai pszichiátriai irodalomban egyaránt szaporodnak az Internet használatával és ennek pszichés következményeivel kapcsolatos közlések. Az is ismert, hogy az on-line internetes kapcsolatok a szexuális tartalmak és erotikus társalgások talajává váltak. Ennek ellenére nem találtunk közlést az Internet által közvetített szexuális abúzusról és annak pszichopatológiai következményeiről. Miután ebben az esetben a bántalmazás fizikai formája nincs jelen, a szakirodalomban elsőként közölt esetünk (*Gáti, Tényi, Túry, Wildmann, 2002*) azt bizonyítja, hogy az abúzusok csupán érzelmi formája is elégséges az arra hajlamosított személyiségben a klasszikus szexuális abúzus pszichopatológiai következményeinek kiváltására.

### **Összegezve:**

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

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

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

A pszichotikus beteggel kiépítendő kapcsolat mibenlétét az ezzel foglalkozó terapeuták különbözőképpen fogalmazzák meg. Tapasztalatunk szerint fontos, hogy a patológiás világ elfogadásával, a benne való részesezéssel a terapeuta saját személyével és élményvilágával a külső realitást viszi a kapcsolatba és az épen maradt én-részek támogatásával lehetősége nyílik a személyiség reintegrációjára. (*Trixler, Gáti, Tényi, 2000*).

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

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



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

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

*Jádi, Koltai, Gáti, Tényi, 1989, Trixler, Tényi, Gáti, 1992, Tényi, Trixler, 1992, Gabbard, 1994, Volkan, 1994, Trixler, Gáti, Tényi, 2000).*

Az én-integritásukat visszanyert, elhatárolódásra képes és legalább részleges realitásérzékeléssel bíró betegek további pszichoterápiája a terápiás rendszer adta lehetőségektől függően számos egyéb formában (kreatív csoport, mozgás és táncterápia stb.) folytatható, amelyekben a kreatív készségek, az énvédő mechanizmusok, az interperszonális kontaktuskészség fejlesztése kap egyre növekvő hangsúlyt. A pszichoterápia adekvát módon indikált farmakoterápiára épül, ez utóbbit nélkülözni nem tudjuk. Eredménynek tartjuk azonban, hogy a terápia során a terápiás kapcsolat bővülésével, az én-integritás erősödésével a dózis jelentősen redukálható, ezáltal a betegek szomatikus veszélyeztetettsége csökkenthető.

Nem tartjuk a pszichoterápiát a szkizofrénia valamiféle oki terápiájának. *Ammon* (1979) megfogalmazásával értünk egyet, mely szerint itt alapvetően identitás terápia folyik, amelyben a döntő hatást a megfelelő kapcsolat kiépítése után a terapeuta által képviselt realitás segítségével a szétesett személyiség újraintegrálásában látjuk.

## **b. Művészetterápia**

A pszichotikus betegekkel való terápiás kontaktus kiépítésében egyedi utat jelent a művészet pszichoterápia, mely sikeresen integrálható azok komplex terápiájába (*Benedetti, 1987, Trixler, Tényi, Gáti, 1993, Trixler, Tényi, Jádi, Gáti, 1993, Trixler, Tényi, Gáti, 1995*). A borderline és pszichotikus állapotok kialakulásában szerepet játszó pszichotraumák gyakran könnyebben hozzáférhetővé válnak a páciensek nem verbális közléseiben, pl. művészet terápia keretében a grafikus produktumok, rajzok, festmények elemzése révén.

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

A személyiségfejlődésük során elszenvedett, gyakran preverbális traumatizációk kifejeződése sokszor csak nonverbálisan, a primer gondolkodási folyamatok szintjén, az imagináció segítségével válik lehetségessé. Ha akut szkizofrén epizód alakul ki és a gondolkodási folyamatok szétesnek, az egyén

számára a szimbolikus forma válik leginkább alkalmassá állapotának kifejezésére. Többéves gyakorlatunkban különböző típusú analitikus módszereket alkalmaztunk szimbólum-értelmezésre.

Másodlagos jelentősége volt – tapasztalataink szerint – annak, hogy az értelmezéshez melyik pszichoterápiás iskola terminológiáját alkalmaztuk (*Trixler, Gáti, Tényi, 2000*). Azt találtuk, amire Jakab is utal, hogy a konfliktusmegoldás a grafikai szimbólumok különböző interpretációs metodikájával egyaránt jól elérhető (*Jakab 1980*).

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

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

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

Újabb nézőpontok szerint a pszichoanalitikusan orientált kezelés egyre kevésbé a tradicionális konfliktus exploráció révén történik. A cél, hogy a terápia biztonságkeretében, interszjektív folyamatban létrejöjjön a beteg reflektív szelfjének erősödése, egyfajta interperszonális korrektív élmény, amely néhány vonatkozását legújabbban *Stern* és munkatársai az ún. „találkozás pillanata” elmélet keretében konceptualizálnak (áttekinti *Tényi, 2000*). *Fónagy* és munkacsoportja mutat rá először (*Fónagy, Target, Gergely, 2000*), hogy a terápia effektusa attól függ, mennyire képes aktiválni a mentalizációt, melynek révén a beteg képessé válik saját és mások viselkedésének jelentését megérteni. Dolgozatomban rámutatok arra, hogy a mentalizációs defektus átdolgozásával kapcsolatosan a hipnoterápiás megközelítés milyen szempontok szerint jelenít meg lehetőségeket, olyanokat is akár, amelyek a

verbális munka során kevésbé kerülnek előtérbe (Gáti, 2002). Fontos szempont, hogy számos pszichoanalitikus hangsúlyozza a destruktivitás kommunikatív (közvetítő) szerepét a terápiában, s annak szükségességét, hogy felismerjük azokat az érzelmi állapotokat (affect-állapotokat), melyektől a destruktivitás megvédi a beteget. *John és Helen Watkins* (1990) által leírt feltáró technika, az ún. „Ego-state terápia”. Tapasztalatom szerint ez a módszer igen jól alkalmazható a disszociatív spektrumon elhelyezkedő pszichés problémák kezelésében. A másik, általam gyakran alkalmazott módszer a *Hanscarl Leuner* által kidolgozott katatim imaginatív pszichoterápia (módosult tudatállapotban). A *Leuner* által leírt képek, a különböző hipnoanalitikus, projektív technikák alkalmazása (*Brown és Fromm*, 1986) a borderline betegek terápiájának jól ismert „megterheléseit” (projektív identifikáció) csökkenthetik az imaginatív képen – mint köztes állomáson – történő munkálkodás révén (pl. a beteg, vagy a terapeuta acting out-ját). Természetesen ez nem jelenti az indulatáttétel-vizontindulatáttétel figyelmen kívül hagyását, de lehetővé teszi a patológiás terápiás regresszió elkerülését, amely az áttétel - ellenállás centrumú verbális dinamikus terápiákban gyakran nehézségek forrását képezi (*Döme*, 1999).

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

*Vas* (2000) szerint a hipnotikus kapcsolatot olyan neuropszichológiai jelenségnek foghatjuk fel, amely két személyben és a közöttük kialakuló – kötelékteremtésre emlékeztető – kommunikációban ölt teret. Hangsúlyozza az

interszubjektív feldolgozás jelentőségét, s azt, hogy „ami megjelenik a terápiás közegben, azt a páciens és a terapeuta nem egyszerűen csak átéli, hanem reciprok módon műveli is egymással.”

*Fónagy és Target* (2000) rámutat arra, hogy a mentalizáció és a tünetképzés háttérében húzódó disszociáció egymás inverzeként fogható fel. A hipnózis hatásmechanizmusában az egyik meghatározó teória az ún. neodisszociációs elmélet. Tapasztalataim és eredményeim egyik leglényegesebbnek tartható folyamánya (*Gáti, Kóczán, 1998, Gáti, 2002*), hogy a módosult tudatállapotban kialakult disszociált állapotban, az imaginatív munka során a beteg képessé válik a traumatizáció miatt disszociált tapasztalatok mentalizációjára. Rámutatok (*Gáti, Túry, Wildmann, 2002, Gáti, 2002*), hogy a *Bollas* (1987) által „el nem gondolt tudásként” leírt pszichikus tartalom, hogy nyer képet, hogyan nyitja fel a fónagy „mímelt módon” („pretended mode”), felszabadítva a beteg szenvedését a „pszichikus ekvivalenciák” munkamódjából.

A fentieket összegezve, miután a mentalizáció és a tünetképzésben szerepet játszó disszociáció egymás inverzeként értelmezhető, a módosult tudatállapotban létrejött disszociatív állapot speciális terápiás lehetőségeket rejt magában.

Tapasztalatom szerint a hipnoterápiás keret így különösen alkalmas arra, hogy a nagy óvatosságot igénylő terápiás folyamatban a korábbi traumák feldolgozhatóvá és integrálhatóvá váljanak, a retraumatizáció veszélye nélkül. Kiegészíti ezt sokszor a szerencsés körülmény, hogy a páciensek a hipnózisban tapasztaltakat lerajzolják, képi formába öntik.

## 8. A dolgozat témájához csatlakozó publikációs lista

### *Könyvfejezetek*

- Trixler, M., Tényi, T., **Gáti, Á.**:  
The Importance of Art Psychotherapy in the Complex Therapy of Psychotics. In: The Psychopathology of Expression and Art Therapy in the World. (ed.: I. Jakab, I. Hárđi)  
Animula Kiadó, Budapest, 1995. 139-145.
- Trixler M, Tényi T, **Gáti Á.**: A grafikus kifejezésmód szerepe pszichotikus betegek diagnózisában és terápiájában.  
In: Félelmek és Boldogságok (szerk.: Fodor I.)  
Devi Art Alapítvány, Pécs, 1998.
- Trixler M., **Gáti Á.**, Tényi T.: From psychopathology of expression to art therapy and art psychotherapy.  
Developmental Aspects of Creativity (ed: Jakab I.), ASPE, Boston, 2000. 93-101 p.
- Lénárd K., Simon M., Tényi T., **Gáti Á.**, Trixler M.: The intersubjective aspects of psychiatric patients' mother-child drawings .  
Developmental Aspects of Creativity (ed: Jakab I.), ASPE, Boston, 2000. 253-263. p.

### **Tudományos közlemények**

- Jádi F., Koltai M., **Gáti Á.**, Trixler M.: A szkizofrénia intrapszichés háttere (A pszichoanalitikus felfogás).  
Magyar Pszichológiai Szemle 40, 146-159. 1983.
- Gáti Á.**, Trixler M., Jádi F., Bánki E., Parádi J.: Szociális tényezők szerepe az alkoholos hallucinózisok kórlefolyásában.  
Orvosi Hetilap, 127, 1891-94, 1986.
- Gáti Á.**, Trixler M., Jádi F., Parádi J., Bánki E.: Az alkoholos hallucinózisok kórlefolyása és genetikai vonatkozásai.  
Ideggyógyászati Szemle 39, 566-572, 1986.
- Trixler M., Jádi F., Koltai M., **Gáti Á.**, Tényi T.: A szkizofrén pszichózisok intenzív pszichoterápiája.  
Psychiatria Hungarica 4, 291-297, 1989.
- Tényi T., Trixler M., Koltai M., **Gáti Á.**: A szkizofrén pszichózisok csoportpszichoterápiájának elemzése (A tárgykapcsolat-elmélet alapján).  
Psychiatria Hungarica, 6, 291-299, 1991.

- Trixler M., Tényi T., **Gáti Á.**: The psychotherapeutic approach of the complex therapy of schizophrenics.  
Schizophrenia, 3-4, 23-28, 1992.
- Trixler M., T. Tényi, **Á. Gáti**: The Integration of Art Therapy into the Complex Therapy of Schizophrenic Patients.  
Dynamic Psychiatry 26, 90-96, 1993.
- Trixler, M., Tényi T., **Gáti Á.**, Jádi F.: A művészet pszichoterápia jelentősége schizofren pszichózisok komplex terápiájában.  
Psychiatria Hungarica, 8, 353-359, 1993.
- Trixler M., **Gáti Á.**, Tényi T.: Risk associated with childbearing in schizophrenia.  
European Psychiatry 9. Suppl. I. p. 151. 1994.
- Gáti Á.**: Feldolgozatlan tárgyvesztések pánikbetegeknél.  
Hipno Info XVIII, 75-78. 1994.
- Gáti Á.** Integratív terápiás törekvések.  
Integratív Hírmondó 5: 95-102. 1995.
- Trixler, M., **Gáti Á.**, Tényi T.: Risks associated with childbearing in schizophrenic women.  
Acta Psychiatrica Belgica 95, 159-62, 1995.
- Gáti Á.**: A halál-problematika megjelenése Eugene Ionesco műveiben.  
(A "Haldoklik a király" című dráma elemzése)  
Psychiatria Hungarica 12. 752-757, 1997.
- Gáti Á.**, Kóczán Gy.: Dinamikusan orientált hipnoterápia pánikbetegségben.  
Psychiatria Hungarica, 13. 557-565, 1998.
- Gáti Á.**: Az agresszió problematikájáról gyermekkori abuzust elszenvedett borderline betegek hipnoterápiája kapcsán.  
Hipno Info XXII. 7-90. 1998.
- Trixler M., Tényi T., **Gáti Á.**: A grafikus kifejezőmód szerepe pszichotikus betegek diagnózisában és terápiájában.  
Psychiat. Hung. 15: 479-482, 2000.
- Trixler M., **Gáti Á.**, Tényi T.: Recent approaches in the psychotherapy of psychotics and borderline patients.  
Dynamic Psychiatry 33: 3-12, 2000.
- Fekete, S., Osváth P., Kóczán, Gy., **Gáti Á.**: Self-destruction and Psychopathology - Clinical validation and some results of the Ego-Structure Test developed by Günter Ammon.  
Dynamic Psychiatry 33: 102-109, 2000.
- Tényi T., **Gáti Á.**, Lénárd K., Trixler M. Création-Passion-Solitude. Aspects de la psychologie du Self.  
La Revue Francaise de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Tome 5. No. 50. 24-26. 2001

- Gáti Á.:** Integratív terápiás törekvések anorexia nervosában.  
Integratív Hírmondó 19. 62-67. 2001.
- Gáti Á.,** Túry Ferenc, Wildmann M. A bántalmazás multimodális terápiás megközelítése anorexia nervosában.  
Psychiatria Hungarica 16: 669-676. 2001.
- Gáti Á.,** Tényi T., Túry F., Wildmann M.: Anorexia nervosa following sexual harassment on the Internet: A Case Report. International Journal of Eating Disorders 31(4): 474-477. 2002
- Gáti Á.:** A borderline személyiségzavarban megjelenő mentalizációs zavar hipnoterápiás átdolgozásáról.  
Pszichoterápia XI. 17-22. 2002.
- Gáti Á.** (2002): Dynamically oriented hypnotherapy in panic disorder (submitted)  
Int. J. Clin. Exp. Hypnosis

### ***Tudományos folyóiratban megjelent absztraktok***

- Trixler M., **Gáti Á.,** Tényi T.:  
Atypical antipsychotics and pregnancy and breast-feeding.  
Archives of Women's Mental Health, 3: (S2), 70, 2001.
- Gáti Á.:**  
The importance of psychic trauma in anorexia nervosa and its therapeutic implications.  
Archives of Women's Mental Health, 3: (S2), 87, 2001.
- Tóth E., **Gáti Á.,** Túry F., Molnár M.:  
Spectral and dimensional EEG changes caused by gustatory and olfactory stimuli in anorexia nervosa.  
Neuropsychopharmacologia Hungarica, 3: Suppl. 3, 2001. 113-114. o.
- Gáti Á.,** Trixler M., Tényi T.:  
Pregnancy and atypical antipsychotics  
Eur. Neuropsychopharmacology, 11. Suppl. 3. 247, 2001.
- Tényi T., **Gáti Á.,** Csábi Gy., Herold R., Osváth P., Trixler M.:  
Minor physical anomalies in patients with major depression.  
Eur. Neuropsychopharmacology, 11: Suppl. 3. 339-340, 2001.
- Gáti Á.,** Trixler M., Tényi T.:  
The role of social factors and the change in drinking in the outcome of alcoholic hallucinosis  
Eur. Neuropsychopharmacology, 11: Suppl. 3. 341, 2001.
- Poór V., Juricskay S., Tényi T., **Gáti Á.,** Osváth P., Trixler M.:  
Changes in the steroid metabolism in patients with major depression.  
Eur. Neuropsychopharmacology, 11: Suppl. 3. 343, 2001.



### **Kongresszusi kiadványok**

- Gáti Á.**, Trixler M, Parádi J., Jádi F., Bánki E.:  
Genetikai és szociális tényezők szerepe az alkoholos hallucinózisok kórlefolyásában.  
MPT I: Kongr. Budapest, 1983. január 14-16.  
II. főtéma, Abstr. 108-109.
- Jádi F., Trixler M, Koltai M., **Gáti Á.**:  
Intenzív pszichoterápia acut pszichotikus betegek kezelésében.  
MPT I: Kongr. Budapest, 1983. január 14-16.  
III. főtéma, Abstr. 129-130.
- Trixler M, Jádi F., Koltai M., **Gáti Á.**:  
A post partum pszichózisok pszichodinamikai sajátosságai.  
MPT II. Kongr. Budapest, 1986. november 14-16. Abstr. II. 39. o.
- Trixler M, **Gáti Á.**, Hartmann G.:  
Neuroendokrin vizsgálatok post partum pszichózisokban.  
MPT II. Kongr. Budapest, 1986. november 14-16. Abstr. II. 41. o.
- Gáti Á.**, Trixler M, Hartmann G.:  
Liquor neurotransmitter vizsgálatok alkoholos hallucinózisokban.  
MPT II. Kongr. Budapest, 1986. november 14-16. Abstr. II. 194. o.
- Trixler M, **Gáti Á.**:  
A post partum pszichózisok prognózisát befolyásoló tényezők vizsgálata.  
MIET XXXI. Nemzeti Nagygyűlése, Budapest, 1989. november 23-25.  
Abstr. 5. o.
- Gáti Á.**:  
Néhány gondolat pánikbetegek hipnoterápiája kapcsán.  
MPT III. Kongresszusa. Bp. 1994. febr. 23-26.
- Trixler, M., **Gáti Á.**:  
Nosological questions of postpartum psychoses.  
3rd Symposium of the International Wernicke-Kleist-Leonhard Society,  
October 12-14, 1995. Budapest
- Gáti Á.**: A pánikbetegségről integratív megközelítésben.  
MPT V. Vándorgyűlése, Gyula, 1996. febr. 28-márc. 2.  
Abstr. 91. o.
- Trixler M, **Gáti Á.**:  
Atypical aspects of postpartum depression.  
17<sup>th</sup> Danube Symposium of Psychiatry, Timisoara, 24-27. April 1996.  
Abstr. 34. o.
- Gáti Á.**, Kóczán Gy.: Panic Disorder and Object Loss.  
7<sup>th</sup> European Congress of Hypnosis. 1996. Aug. 17-23. Bp.

Trixler M., Tényi T., **Gáti Á.:**

Art expression in the diagnosis and therapy of psychotics.  
X. World Congress of Psychiatry, Madrid, 23-28 August, 1996.  
Abstr. 159. o.

**Gáti Á.:**

Szexuális abuzusok pszichoterápiás lehetőségei.  
MPT VI. Vándorgyűlése, Siófok 1997. febr. 19-22.

Trixler M, **Gáti Á.:**

A psychodynamic approach in the therapy of postpartum psychiatric disorders.  
WPA Thematic Conference "The Synthesis between Psychopharmacology and Psychotherapy. Jerusalem, Israel, November 16-21, 1997.  
Abstr. 26. p.

**Gáti Á.**

Az agresszió problematikájáról gyermekkori abusust elszenvedett borderline betegek hipnoterápiája kapcsán.  
MPT IV. Nemzeti Kongresszus, Budapest, 1998. jan. 28-31.  
Abstr. 69.

Trixler M, **Gáti Á.**, Tényi T.:

Recent approaches in the psychotherapy of psychotic and borderline patients. 12th World Congress of WADP, Berlin, March 17-21. 1999.  
Abstr. 119.

**Gáti Á.:**

Experiences with dynamically oriented hypnotherapy of borderline patients suffering from childhood abuse.  
15<sup>th</sup> International Congress of Hypnosis, München, October 2-7, 2000  
Abstr. p. 44-45.

Fekete S., Osváth P., Tamási Zs., Németh O., **Gáti Á.:** A "case-study" – öndestruktív viselkedésformák adolescens populációban. Előzetes eredmények.  
MPT IX. Vándorgyűlése, Miskolc, 2001. jan. 24-27. Abstr. 71.

**Gáti Á.**, Túry F., Wildmann M.: A trauma jelentősége és pszichoterápiás megközelítése anorexia nervosában.  
MPT IX. Vándorgyűlése, Miskolc, 2001. jan. 24-27. Abstr. 86.

**Gáti Á.:** A bántalmazás hátterében meghúzódó disszociáció mentalizációja hipnoterápiás folyamatban.  
MPT V. Nemzeti Kongresszus Budapest, 2002. márc. 20-23.  
Astr. 87.

## **Előadások**

- Gáti Á.**, Trixler M, Jádi F, Bánki E:  
Exogén és endogén tényezők jelentősége az alkoholos hallucinációk pathomechanizmusában.  
POTE Tudományos Ülés, Pécs, 1981. V.11.
- Trixler M, Jádi F, Koltai M, **Gáti Á.**  
Experiences with a Dynamically Oriented Psychotherapy of Schizophrenics.  
5th International Symposium of the Psychotherapists of Socialist Countries,  
Oct 14-17. 1985, Budapest
- Gáti Á.:** Dinamically Oriented Psychotherapy in a Family with three Schizophrenic Brothers.  
5th International Symposium of the Psychotherapists of Socialist Countries,  
Oct 14-17. 1985, Budapest
- Trixler M, Koltai M. **Gáti Á.:**  
Gyermekszüléshez társuló pszichiátriai betegségek klinikai és pszichodiagnosztikai elemzése.  
POTE Tudományos Szakosztály, 1988. Szeptember 26. Pécs
- Gáti Á.**, Trixler M.:  
Klinikai vizsgálatok az alkoholos hallucinózisok kórszármazására vonatkozóan.  
POTE Tud. Szakoszt. 1988. szeptember 26. Pécs
- Gáti Á.**, Trixler M:  
The jungian individuation process in a play by Ionescu.  
Sixth American-European Conference in Literature and Psychology.  
26-29 June 1989. Pécs
- Trixler M, **Gáti Á.**  
The role of genetic factors in the outcome of post partum affective psychoses.  
Regional Psychiatric Symposium of the WFSBP 10-11 October 1989.
- Trixler M, Tényi T, **Gáti Á.:**  
The object-relations approach in the individual psychotherapy of schizophrenia.  
8. World Congress of the WADP and XXI. International Symposium of DAP, 8. Okt. 1990. Berlin.
- Trixler M, **Gáti Á.:**  
Untersuchungen zur Frage der Postpartum Psychosen.  
14. Donausymposium für Psychiatrie. Budapest, 11-13. Oktober, 1990.
- Trixler, M., Tényi, T., **Gáti, Á.:**  
The Integration of Art-Therapy in the Complex Therapy of Schizophrenic Patients.  
9. Weltkongress der WADP, 29. Apr. - 3. Mai 1992., Regensburg

- Gáti Á.:** "A füldugós kóristalány esete".  
A Magyar Hipnózis Egyesület 4. Hipnózis Találkozója.  
1992. máj. 8-10. Siklós
- Trixler M., Tényi T., **Gáti Á.:**  
The Importance of Art Therapy in the Complex Psychotherapy of Psychotics.  
17th Int. Colloqn. on Psychopathology of Expression  
4-6 June 1992. Budapest-Hungary
- Trixler M, **Gáti Á**, Tényi T.:  
Az art-pszichoterápia helye a pszichotikusok komplex kezelésében.  
"Lélek és művészet" Szimposium, Pécs, 1992. dec. 12.
- Gáti Á.:** Feldolgozatlan tárgyvesztésekről pánikbetegek kapcsán.  
A Magyar Hipnózis Egyesület 6. Hipnózis Találkozója.  
1994. május, Miskolc-Csanyik
- Gáti Á.:** Az elnémult lány esete.  
I. DREAM Konferencia, Pécs, 1994. dec.
- Gáti Á.:** Pánikbetegségek dinamikus megközelítésben.  
Pannon Pszichiátriai Egyesület Vándorgyűlése,  
1995. május, Zalakaros
- Gáti Á.:** Integratív terápiás törekvések egy eset kapcsán.  
Az Integratív Pszichoterápiás Egyesület 2. Konferenciája  
1995. okt. Budapest
- Trixler M., Tényi T., **Gáti Á.:**  
Art in the diagnosis and therapy of psychiatric patients.  
SIPE Budapest International Colloquium, October 5-8, 1995. Budapest,  
Hungary
- Fekete S., Osváth P., Kóczán Gy., **Gáti Á.:**  
Self-destruction and psychopathology.  
XXII. Weltkongress of World Association for Dynamic Psychiatry  
Berlin 1999. márc. 17-21.
- Gáti Á.:** Az anorexia nervosa integratív terápiás megközelítése.  
Integratív Pszichoterápiás Egyesület 6. kongresszusa.  
Budapest, 2000. nov. 25-26.
- Trixler M., **Gáti Á.**, Tényi T.:  
From psychopathology of expression to art therapy and art psychotherapy.  
ASPE International Congress, Boston, September 15-16, 2000.
- Lénárd K., Simon M., **Gáti Á.** Tényi T.:  
The intersubjective aspects of psychiatric patients' mother-child drawings.  
ASPE International Congress, Boston, September 15-16, 2000.