

Mark D. Miller, M.D.; Ellen Frank, Ph.D.; Cleon Cornes, M.D.; Stanley D. Imber, Ph.D.; Barbara Anderson, M.S.; Lin Ehrenpreis, L.S.W.; Julie Malloy, L.S.W.; Rebecca Silberman, Ph.D.; Lee Wolfson, M.Ed.; Jean Zaltman, L.S.W.; Charles F. Reynolds, M.D.

INTERPERSZONÁLIS PSZICHOTERÁPIA ALKALMAZÁSA A GYÁSSZAL ÖSSZEFÜGGŐ DEPRESSZIÓBAN HÁZASTÁRSUKAT ELVESZÍTETT IDŐSEKNÉL¹

ÖSSZEFOGLALÁS

Az interperszonális pszichoterápia (IPT) hatékonyságát major depressziós ambuláns betegek gyógykezelésében számos kontrollált vizsgálat igazolta. A közelmúltban dolgozták ki az IPT alkalmazásának sajátosságait az időskori depresszióban. A szerzők saját tapasztalataik alapján beszámolnak az IPT alkalmazásáról olyan pácienseknél, akiknél a depresszió időben a házastárs elvesztéséhez kötődött. A terápiás technikák részletes ismertetését esetbemutatók illusztrálják. Az előzetes adatok 6 páciens esetében azt mutatják, hogy a 17 tételes Hamilton Depresszió Skálán mért $18,5 \pm 2,3$ pontos érték egy 17 hetes IPT kezelést követően $7,2 \pm 4,6$ pontra csökkent. Az IPT hatékony rövidterápiás módszernek tűnik a gyással összefüggő depresszió kezelésében idős embereknél.

„A gyász nem betegség, de azzá válhat.”
(George Engel)

A gyász ismert következményei közé tartozik a depresszió és a szorongásos betegségek gyakoriságának növekedése; a növekvő alkohol-, cigaretta- és nyugtató fogyasztás; a korábbi testi betegségek fellángolása; az immunrendszer gyengülése; valamint a korai halálozás az öngyilkosság, a balesetek, a májcirrózis és a cardiovascularis betegségek növekvő aránya miatt. (1-10) Clayton és Darvish szerint egy vagy több évvel a házastárs halála után az özvegyek körében a major depresszió aránya 10-20% közötti (11), ami azt jelenti, hogy a gyással összefüggő depresszió évente 80-160.000 embert érint. Zisook és Schuster (12) a közelmúltban beszámoltak arról, hogy 350 özvegy közül a halálesetet követő 2 hónap elteltével 24%-osnak, a 7. hónapban 23%-osnak, a 13. hónapban pedig 16%-osnak találták a major depresszió gyakoriságát, míg az életkori párokat alkotó, házastársukat el nem veszített 126 fős kontrollcsoportban a depresszió aránya csupán 4% volt.

A közelmúltban beszámoltunk arról, hogy a gyással összefüggő depresszió kezelése során a Hamilton Depresszió Skála pontértékeiben jelentős csökkenés észlelhető nortiptyline tartalmú antidepresszáns kezelés hatására. (13, 14). Ugyanezeknél a pácienseknél azonban a „Texas Inventory of Grief” skálával mért gyász intenzitása csak csekély mértékben csökkent.

¹ Applying Interpersonal Psychotherapy to Bereavement-Related Depression Following Loss of a Spouse in Late Life. The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 1994; 3:149-162

(15) Ezek az adatok azt sugallják, hogy a gyással összefüggő depresszió szomatikus és vegetatív tüneteinek kezelésében az antidepresszáns terápia hatékony lehet, de ez a kezelés csak csekély mértékben járul hozzá a házastárs elvesztésével kapcsolatos pszichológiai distressz csökkentéséhez. Ez a tapasztalat indokolta teszi, hogy a gyással összefüggő depresszió kezelésében a pszichoterápiás megközelítés is érvényesüljön.

Jelen tanulmányunkban beszámolunk annak a vizsgálatnak a kezdeti tapasztalatairól, amelynek során az interperszonális pszichoterápiát (IPT) idős, depressziós, házastársukat elveszített embereknél alkalmaztuk. Célunk az volt, hogy az IPT-t, mint a major depresszió terápiájának módszerét az idős korúak kezelésre adaptáljuk. (IPT/IK) (16). A független vizsgálok által nyert adatokat 5 esetbemutatóval illusztráljuk. Továbbá bemutatunk olyan speciális technikákat, melyek kifejezetten ennek a populációnak a kezelését segítik.

Az interperszonális pszichoterápia (17) a személyközi kapcsolatokra fókuszáló, jelen-orientált terápiás módszer, amely eredményesen alkalmazható az affektív betegségek terápiájában. Klerman és mts.-ainak tanulmánya (17) nyomán az IPT kezdetben hosszúterápiaként vált ismertté. Később két széleskörű vizsgálat (18, 19) is alátámasztotta, hogy ez a módszer hatékony akut terápiaként is, majd Frank és mts.-ai egy 3 éves utánkövetéses vizsgálatban kimutatták, hogy az IPT profilaktikusan is hatékony a major depresszió visszatérésének megelőzésében. Ma már egyaránt használatos az unipoláris depressziós betegek akut, valamint folyamatos és fenntartó kezelésében.

AZ IPT-t először Sholomkas és mts.-ai alkalmazták az időskori depresszió kezelésére (21), később pedig Frank és mts.-ai is (16), akik jelenleg is alkalmazzák ezt a módszert az időskori depresszió fenntartó terápiájában. (22)

Ismert, hogy általában az asszonyok azok, akik idős korukban elveszítik a házastársukat, valamint hogy ebben az életkorban a veszteség egyéb stresszorokkal együtt jelenhet meg. A testi, érzékszervi vagy a mozgásszervi betegségek, az anyagi nehézségek, a nyugdíjba vonulás, a magányosság például néhány olyan elem, amely meghatározza pácienseinknek a veszteségre adott reakcióját.

Az IPT sajátosságai a gyászbán

Worden klasszikus „Gyász tanácsadás és gyászterápia” című munkájában (23) a gyászmunka 4 fő célját a következőkben határozza meg: 1. elfogadni a veszteség valóságát; 2. átélni a gyász fájdalmát; 3. alkalmazkodni ahhoz a környezethez, amelyben az elhunyt már nincs jelen; 4. érzelmileg átértékelni az elhunyttal való kapcsolatot, s képessé válni az élet folytatására.

Klerman és mts.-ai (17) tanulmányukban összegezték az IPT alapvető céljait és stratégiáit a feldolgozatlan gyász kezelése során. Mindazon depressziós kórképekben, amelyeknek középpontjában a gyász áll, két fő célunk lehet: 1. támogatni a gyász folyamatát, 2. segíteni a páciens érdeklődésének és kapcsolatainak újjáépítésében, hogy pótolni tudja azt, akit elveszített. A terapeuta legfőbb célja, hogy segítse a páciens abban, hogy reálisan értékelje a veszteség jelentőségét, valamint hogy felszabadítsa őt az elhunyttal való megszokott kapcsolatból, s így a páciens nyitottá váljon az új élményekre és új, megfelelő kapcsolatok kialakítására. A terapeuta ennek érdekében olyan stratégiákat és technikákat alkalmaz, amelyek segítik a páciens az elhunyttal kapcsolatos emlékeinek és érzéseinek felidőzésében. (97-98. o.)

A gyász, mint az IPT központi problémája

AZ IPT során a páciens először is megtaníttuk a depresszió természetével kapcsolatos ismeretekre, majd a kezelés következő lépésében – függetlenül attól, hogy a terapeuta mit tart a terápia fókuszának – felmérjük a személyközi kapcsolatokat. Ennek alapos vizsgálata rendkívül fontos, mivel segítségével reálisan lehet értékelni a páciens korábbi kapcsolatait és fel lehet mérni a jelenlegi kapcsolatokban rejlő erőforrásokat és támogatási lehetőségeket, amelyek elősegíthetik a gyász feldolgozását. A szokásos kérdőíven túl álljon itt néhány olyan kérdés, amit nagyon hatékonyan találtunk idős, özvegy pácienseknél a személyközi kapcsolatok feltérképezésében. Ezek a kérdések elősegítik a lehetséges konfliktusforrásoknak és azon csomópontoknak a mélyebb megismerését, ahol a páciens megrekedt, ahonnan nem tud továbblépni.

1. Milyen mértékben vett részt az elhunyt a szociális tennivalók intézésében? Pl. ő fizette-e be a számlákat?

2. Mennyiben kell a gyászolónak változtatnia az életmódján a házastársa hiányában? El kell-e adni a házukat? Csökken-e a jövedelme?

3. Tevékenységeik milyen mértékben voltak közösek ill. függetlenek egymástól? Volt-e a páciensnek saját hobbija ill. a házastársától független tevékenysége, vagy inkább minden tennivalójukat közösen végezték?

4. Hogyan halt meg a páciens házastársa? (Egy hosszantartó betegség több időt biztosít az alkalmazkodáshoz, mint egy akut betegség ill. egy baleset.) Mennyire volt nehéz felismerni ill. elfogadni azt, hogy a házastárs haldoklik? (Amennyiben a haláleset háttérben öngyilkosság áll, feltétlenül szükséges a részletes exploráció.)

5. Amennyiben a házastárs betegsége krónikus volt: mekkora teher hárult a gondozásban a hozzátartozó vállaira? Anyagi szempontból milyen terhet jelentett a betegség? Maradt-e még sok kifizetetlen biztosítási számla? Milyen változásokra volt szükség a páciens életstílusában, hogy alkalmazkodni tudjon házastársa betegségéhez, majd haldoklásához? Tekinthető-e a halál a szenvedések megváltó befejezésének?

6. Mi volt a házasságuk története? (Amikor a terapeuta észleli a házastárs idealizálásának tendenciáját, speciális kérdésekkel juthat közelebb a realitásokhoz.) Milyen mértékben részesedtek a házastársak a döntésekben és a felelőségekben? Voltak-e nehéz időszakok a házasságban? Volt-e olyan időszak a házasságukban, amikor különköltöztek egymástól? Megtörtént-e a házasság során, hogy a páciens nagyon neheztelt valamiért a házastársára? Érzett-e a páciens – akármilyen mértékű – megkönnyebbülést annak kapcsán, hogy a haláleset véget vetett a kapcsolatuknak?

7. Volt-e lehetőségük valaha arról beszélgetni, hogy mi történik, ha egyikük vagy másikuk előbb hal meg? Írtak-e együtt végrendeletet, vagy egyéb törvényes anyagot? Volt-e ezen a téren nézeteltérésük? Megbeszélték-e a pénzügyi nehézségeket, s megtervezték-e a túlélő partner megfelelő anyagi biztonságát? Beszélték-e a temetés részleteiről? Egyetértettek-e ebben?

8. Milyen gyakran gondolt a páciens egy új, romantikus kapcsolat lehetőségére? Beszélték-e ennek a lehetőségéről egymással? Érezte-e azt a páciens, hogy a várakozás időszaka volt az „igazi”? Volt-e a házasságuk során olyan külső kapcsolat, amely büntudattal teli emlékeket ébreszt?

9. Hol élnek a páciens gyermekei? Milyen a kapcsolatuk a pácienssel? Felnőttek-e már a gyermekek, vannak-e unokák? Ha igen: a páciens milyen gyakran találkozik velük? (A család tagjai szétszóródhatnak, s a gyermekek elköltözhetnek máshová munkát keresni. Ezért – bár a gyermekek jelentősége nagy lehet – gyakorlati elérhetőségük kérdésessé válhat.)

Beszélték-e arról, hogy esetleg közelebb költözne a gyermekeihez? Milyen egyéb támaszra számíthat?

10. Milyen egyéb veszteségek érték a páciens, s hogyan reagált ezekre? Különös figyelmet érdemelnek a korai veszteségek, hiszen a szülők korai elvesztése egyértelműen megnöveli a felnőttkori depresszió kockázatát. (24)

11. Van-e a páciensnek olyan szándéka, hogy megváljon az elhunyt személyes tárgyaitól – különösen a ruháitól? (Tapasztalataink szerint ez fontos metaforikus jelzés: lehet a valódi előrelépés, vagy – ezen folyamat elhúzódása esetén – a megrekedés szimbóluma. Megőrizni a hálószobát „úgy, ahogyan ő hagyta” – ez általános jelenség a gyermeküket elveszített szülőknél, de gyakori a házastársukat elveszített embereknél is. A terapeuta tudakozódása ezekről a kérdésekről közvetve elvezeti őt annak a megismeréséhez, hogy a páciensben zajló küzdelem a „minden áron megtartani őt” és az „elengedni őt” ellentéteinek útjain hol tart jelenleg. Vannak olyan páciensek, akik számára a terapeuta azzal az értelmezéssel nyújthatja a legtöbb segítséget, amit Bowlby (25), valamint Parker és mtsai (26) írtak le: ez az elhunytához fűződő „időtlen kötődés”. A gyászolókkal foglalkozó terapeuták nem várhatják el minden páciensüktől, hogy hamar „túljussanak” az eseményeken, vagy „továblépjenek”, s ezért nem is sürgethetik ezt. A páciensek egy része – különösen az „öreg idősök” (a 80 év feletiek) – életüknek olyan szakaszában lehet, amikor a legjobb számukra, ha megszilárdíthatják emlékeiket, amelyek hátralévő éveikhez erőt adnak.)

12. Ha a páciens nehezen engedi meg magának, hogy átélje az érzéseit, kérdezzük meg tőle, hogy megfordult-e már a fejében, hogy búcsúlevelet ír elveszített házastársának. (Leick és Davidsen-Nielsen (2) javasolják a terjedelmes levelek írását. Bár a „házi feladatok” általában nem jellemzőek az IPT-re, magunk úgy véljük, hogy a levélírás hasznos a páciensek számára, mivel mélyebben átélhetővé teszi az érzéseket, s elősegíti ezek feldolgozását. Hasonlóképpen a fényképek, vagy egyéb emlékek átnézése is elősegítheti az érzések mélyebb átélését.)

A házasság sajátosságainak feltérképezése

A házasság történetének alaposabb megismerése az IPT-terapeuta számára igen fontos, mivel a házasság sajátosságai befolyásolják a gyász folyamatát. Futterman és mts.-ai (27) kimutatták, hogy a gyászoló idősök sokkal pozitívabban jellemzik házastársukat, mint a nem gyászoló idős emberek, ami egyfajta idealizációs tendenciát tükröz. A szerzők megjegyzik továbbá, hogy a gyászoló és depressziós idős emberek is pozitívabb képet adnak a házastársukról, mint a nem gyászoló, ám depressziós idősök.

Bowlby (25) kötődési elmélete magában foglalja azt a megállapítást, hogy a korai életkorban kialakult szülői kapcsolat meghatározza a jövőbeli érzelmi kapcsolatokat is. A korai életszakasz biztonságot nyújtó szülői kapcsolata pozitív énképet alakít ki, s megalapozza azt a tudatot, hogy a későbbi életkorokban is lehetséges további, kielégítő érzelmi kapcsolatokat kiépíteni. Ezzel szemben a korai életszakasz rossz szülő-gyermek kapcsolata (pl. amikor a szülő gondatlan, ambivalens, közömbös, vagy durva), életre szóló nehézségeket okozhat a további kapcsolatokat illetően. Ezért – a kötődési elmélet szerint – egy egyén párválasztása és a házassággal való elégedettsége a korai életszakasz szülő-gyermek kapcsolatán alapul.

Erikson (28) szintén nagy jelentőséget tulajdonít a korai kapcsolatoknak. Pszichoszociális fejlődési szakaszokra vonatkozó modelljének első stádiumában az ösbizalom áll szemben a bizalmatlansággal (a remény születése), a második stádiumban pedig az autonómia a szégyennel és a kétségbeeséssel (az akarat születése). Leick és Davidsen-Nielsen

(2) 15 éves gyászterápiás tapasztalataik alapján megállapítják, hogy azok a páciensek, akiknek nehézségeik voltak a kapcsolatok ápolásában, gyakrabban reagálnak a veszteségre elhúzódozó gyászreakcióval. Számukra nehezebb volt az elbúcsúzás, az új kapcsolatok kialakítása, valamint a közösség támaszadó erejének felhasználása is.

Parker és mts.-ai a (26) közelmúltban feldolgozták a szakirodalom azon részét (az ún. „kontinuitás elméletet”), amely párhuzamba állítja a páciensek gyermekkorban megkapott szülői gondoskodásra vonatkozó percepcióját és a felnőttkori szociális kapcsolatokat. Parker és mts.-ai rámutatnak, hogy a kontinuitás-teória nem általánosítható; így pl. a gyermekkori hányattatások nem feltétlenül vonják magukkal a stabil, kielégítő felnőttkori kapcsolatokra való képtelenséget. Tehát ez a „mindent átható hátrány” az élet későbbi szakaszában egy biztonságot nyújtó kapcsolat révén korrigálható. Ez utóbbi pontnál a következtetések kapcsolódnak a gyázmunkához: a terapeutának fel kell mérnie, hogy az elveszített házastárs lehetett-e a páciens számára ilyen korrigáló tényezője a „mindent átható hátránynak.”

Parker és mts.-ai beszámolnak arról, hogy a számos bizonyíték nyomán levonhatók az alábbi következtetések:

1. A negatív szülő-gyermek kapcsolat mind közvetlen hatása révén, mind pedig az általa kialakított mentális modellek által hajlamossá teheti az embereket arra, hogy felnőttkori szociális kapcsolataikat is negatívan ítélik meg.
2. Azok, akik gyermekkorukban a szülői gondoskodás nagyfokú hiányát élték át, hajlamosabbak arra, hogy felnőttként is nem gondoskodó partnerrel alakítsanak ki kapcsolatot (ha a kapcsolat egyáltalán létrejön).
3. Amennyiben a szülői gondoskodás zavara kevésbé szélsőséges, akkor a kezdeti sérülékenység módosulhat egy későbbi intim kapcsolat, vagy az ún. szignifikáns másokkal való kapcsolat tapasztalatai alapján.

Ehhez kapcsolódik Horowitz és mts.-ainak (29) elmélete, amely szerint a veszteség reaktiválhatja azt a latens negatív énképet, amelyet a még élő házastárs kiegyensúlyozott, vagy kompenzált. Azon páciensek, akiknek a szüleikkel való gyermekkori kapcsolatuk deficités volt, nagyobb valószínűséggel létesítenek diszfunkcionális házasságot, illetve erőteljesebben érinti őket a hátrányt korrigáló házastárs elvesztése, mint azokat, akiknek megfelelő volt a szüleikkel a kapcsolatuk.

A negatív és az ambivalens érzések kezelése

A gyázmunka lezárását gyakran nehezíti, gátolja a feldolgozatlan ambivalencia, düh, harag, amit a gyászoló az elhunyt, Istenre, vagy a sorsra vetít. Ezek az érzések a gyászoló számára sokszor elfogadhatatlannak tűnnek, s gyakran nem is tudatosítja őket. Amikor az IPT-terapeuta a személyközi kapcsolatok felmérése során felismeri ezeket az érzéseket, s a páciens is belátja, hogy nehézségei vannak a gyász feldolgozásában, akkor a terapeuta megkérdezheti a páciens, hogy egyetért-e azzal, hogy mélyebbre hatoljanak az elhúzódozó gyász és a depresszió okainak vizsgálatában. A páciens egyetértésének birtokában a terapeuta ismertetheti a pácienssel a gyász feldolgozásának általános folyamatát. A terapeuta felhívhatja a páciens figyelmét ebben a folyamatban a vegyes érzések fontosságára, s arra, hogy lényeges foglalkozni a vegyes érzések mindkét oldalával: a negatívval és a pozitívval egyaránt. A haláleset körülményeinek és az azt követő időszaknak a gondos, empátikus áttekintése hozzájárulhat ahhoz, hogy a gyász folyamata új irányt vehessen a terápia biztonságot nyújtó környezetében.

Amikor a páciens arról beszél, hogy mennyire nehéz az élete házastársának halála óta, a terapeuta tanúsítson megértést ezekkel a nehézségekkel kapcsolatban, s bátorítsa páciensét

arra, hogy beszéljen azokról a személyes problémákról, amelyek a veszteség nyomán fellépnek. A terapeuta mondhatja pl. a következőket: „Hallgatva, hogy milyen nehézségeket okoz önnek a veszteséghez való alkalmazkodás, néha úgy érzem, hogy igazágtalannak tartja a magára háruló új felelősségeket.” A terapeuta mondhatja továbbá azt is: „Tapasztalataim szerint nem szokatlan, hogy az emberek bosszúságot, vagy haragot éreznek az elhunytal kapcsolatban – ez része azoknak a vegyes érzéseknek, amelyekről korábban beszéltünk.”

Hasonlóképpen Leick és Davidsen-Nielsen (2), miután a gyászoló beszámol az elhunyt pozitív tulajdonságairól, gyakran teszik fel azt a kérdést: „és mi az, ami nem hiányzik Önnek?”. A terapeuta óvatosan rávilágíthat, értelmezheti, ill. konfrontálhatja a páciens azokkal a bizonyítékokkal, amelyek az általa eddig elmondottakból arra utalnak, hogy érdemes ezen a vonalon tovább haladni, s ezzel egyidejűleg megtaníthatja őt arra, hogy melyek azok a gyakori érzések, amelyek sok embernél megrekeszthetik a gyász feldolgozását. Ez a megközelítés a páciens számára biztonságot nyújt, és legitimizálja, hogy jelen körülmények között a vegyes érzések helyénvalók. Az ilyen irányok mentén haladó ülést követően a páciens megnyugvást, megkönnyebbülést érezhet, s ez reményt adhat számára, hogy a terapeuta szakértelmének felhasználásával átjuthat a gyászra, s az azt kísérő depresszió.

1. eset: Megküzdés az ambivalens és negatív érzelmekkel

Mrs. H. kontrollálhatatlanul feltörő sírógörcsök, valamint koncentrációs zavarok miatt jött terápiába. Férjét hat hónappal ezelőtt veszítette el egy hirtelen és váratlan szívroham miatt. Mrs. H.-nak ez volt a második házassága, 12 éve éltek együtt boldogan. Az első üléseken főként arról beszélt, mennyire zavarbaejtő számára az érzelmek kontrollálhatatlansága, illetve, hogy mennyire jó volt együtt lenni időközben elvesztett párjával, főleg az első férjéhez viszonyítva.

A terápia első feladata annak az elérése volt, hogy Mrs. H. megengedje magának a gyászolást, hogy merje magát átadni azoknak az érzéseknek, amik egy-egy pillanatban feltörnek. Természetesen időt fordítottunk a praktikus dolgok megbeszélésére is, pl. arra, hogy hogyan utasítson el kedve ellen való meghívásokat, vagy a munkahelyén hogyan tartsa kordában az érzelmi kitöréseket.

Miután eltelt néhány ülés az elvesztett partner idealizálásával, a terapeuta gondolataiba befészkelte magát a „Hol van itt az ellentmondás?” kérdése. Vajon miért nem tud ez a páciens továbblépni? Fokozatosan kibontakozott a probléma: a férj ódzkodott a megfelelő orvosi kivizsgálásoktól, s Mrs. H. úgy érezte, ha sikerült volna meggyőznie a férjét azok szükségességéről, akkor még ma is élne. Bevallotta, hogy felbőszíti az a gondolat, hogy férje esetleg el akarta titkolni a betegségét előle, hogy ne terhelje őt. Végül kifejezte a dühét is azért, hogy a férje most is ott lenne vele, ha hallgat rá és mégis elmegy kivizsgálásra. Ezeket a gondolatokat a büntudat érzése követte: a „hogyan lehetek ilyen önző?” gondolatok taposómalma.

Mrs. H. elmondta, hogy a halál előtti egy hónapban az addig kielégítő szexuális életük megváltozott, a férje szexuális potenciája csökkent. Mrs. H. nagyon tapintatos volt, nem akarta megbántani a férjét. Sokat beszéltek arról, hogy a férjének orvoshoz kellene fordulnia, de erre sohasem került sor. A páciens beszámolt arról, hogy megkönnyebbülést hozott számára, hogy beszélhetett ezekről a dolgokról, legfőképpen arról a büntudatáról, hogy a szexuális probléma orvosi kivizsgálását felszította, pedig az orvosi segítségre férjének az élete megóvása érdekében lett volna szüksége. Az elhunyt férj iránti „tiszteletből” képtelen volt a gondolatok ezen szövevényét a barátokkal és a családdal megbeszélni.

Mrs. H. terápiája gyorsan haladt, folyamatosan konfrontálódott ezekkel a témákkal, melyek egyre letisztultabbá váltak, s már képes volt elfogadni olyan terveket, hogy a családdal elutazzon, a halál évfordulóját pedig kevesebb stresszel vészelte át, mint amire számítani lehetett. Munkahelyén már nem tört fel belőle a sírógörcs, nem gondolt állandóan és minden körülmények között az elhunyra, és lassan egyetértett azzal, hogy kitűzzük az utolsó találkozás időpontját.

Megjegyzés: Ez az eset nagyon jól példázza azt a partner-idealizáló tendenciát, amivel a gyászolók gyakran érkeznek az első terápiás órákra. Ez a viselkedésminta megóvja őket a negatív és ambivalens érzelmekkel való szembenézés fájdalmától. Az IPT-terapeuta elsődleges feladata, hogy megértse ezt az általános jelenséget, számoljon a megjelenésével, megtalálja a páciens verbális megnyilatkozásaiban az erre utaló nyomokat, majd pedig empátikusan tükrözze őket és ezzel párhuzamosan meggyőzze a páciens arról, hogy viselkedésében, érzelmeiben nincs semmi abnormalis, minden, amit átél, érez, az teljesen normális és természetes.

Bár a szerzők tapasztalata szerint a negatív vagy ambivalens érzelmek kifejezése általában nehézséget jelent a pácienseknek, ez semmi esetre sem általános tendencia, és az IPT-terapeutának ügyelnie kell arra, hogy ne értelmezzen, ne magyarázzon.

2. eset: Harc a helyes cselekvésért

Mr. G. – foglalkozását tekintve építőmunkás – a következő panaszokkal jött terápiába: 30 font súlycsökkenés, energiahány, örömeire való képtelenség és passzív öngyilkossági gondolatok. Anyja, apja és apósa elvesztése kapcsán súlyos gyászreakcióról számolt be. 43 évnyi házasság után meghalt feleségét „a legjobb barát, szerető és feleség”-nek titulálja. Felesége évekig tartó betegség következtében hunyt el (az utolsó négy évet már ágyhoz kötve, 24 órás ápolás mellett töltötte). Bár nagyon erőteljes volt a testi leromlása, hiszen 76 fontra fogyott le, Mr. G. nem volt hajlandó elfogadni a közelgő halál tényét. Felesége halála óta Mr. G. idejének nagy részét imádkozással tölti, misékre jár és minden nap kimegy a sírhoz.

Az első néhány ülés legfeltűnőbb mozzanata az az állandó szexuális érdeklődés és a helyzethez nem illő flörtölési szándék volt, amit a női dolgozókkal kapcsolatban mutatott. Amikor végül szembesítettük őt azzal, hogy ez az erőteljesen megnyilvánuló felkínálkozás valamiféle fájdalom elrejtését szolgálhatja, Mr. G. szemét elfutotta a könny, és elmondta, mennyire hiányzik neki a nők társasága, viszont súlyos konfliktust jelent számára az, hogy katolikus vallása tiltja a házasságon kívüli nemi életet. E szembesítés után a flörtölő kezdeményezések csökkentek. Mr. G. számára fájdalmasan nyilvánvalóvá vált, hogy egyedüllétől és ürességérzéstől szenved. Mégis azt állította, hogy képtelen lenne feleségét „kivetni az életéből”, hacsak nem találkozik egy megfelelő nővel, amiben viszont kételkedett, hiszen 43 éve nem randevúzott. Az új kapcsolatokkal szemben ambivalens érzésekkel küzdött, mert – mint mondta – annyira hiányzik neki a felesége nyitottsága és bizalomtelisége, hogy kételkedik abban, hogy bárki más valaha is a helyébe léphetne. Mint mondta, nem akar senkit megsérteni azzal, hogy egy darabig találkozik vele, aztán elhagyja; ehelyett az a vágya, hogy találjon valakit, akire lehet számítani, és aki mellett újra gyökeret lehet eresztetni.

Ezzel párhuzamosan beszámolt arról is, hogy aktívan sportol és a hobbijait intenzíven űzi, s ennek az a célja, hogy estére jól elfáradjon és el tudjon aludni.

A nyolcadik ülés után képes volt megválni néhány tárgytól, ami a párjára emlékeztette, és a házat is elkezdte férfizlés szerint átalakítani. Ekkor randevúzott először; ennek

kapcsán rádöbbsent, hogy meg kell küzdenie a szükségszerűen új és minden korábbi tapasztalatától különböző élmények befogadásával. A szexualitással kapcsolatos ambivalens érzéseit folyamatos küzdelemben próbálta feldolgozni. A terápiás folyamatról a következőket mondta: „Túljutottam jó néhány nehéz hónapra, sosem gondoltam, hogy képes leszek rá”.

Abbahagyta a temető mindennapos látogatását, csak hetente egyszer megy ki a sírhoz. Csatlakozott egy táncsoporthoz, a potenciális kapcsolatokat pedig kihívásnak tekinti.

Megjegyzés: Leick és Davidsen-Nielsen (2) világosan rámutat arra, hogy rettenetesen bénító hatású az új kapcsolatok kialakulását kísérő büntudat és szégyen érzése. Olyan ez, mintha az ember megcsalná az elhunytat. Mr. G.-t felesége halálát követően konfliktusok gyötörték, amikor új kapcsolatokat kezdeményezett, s ezen konfliktusok a flörtölési kényszerben, a tevékenységekbe való belemerülésben mutatkoztak meg. Az IPT-terapeuta feladata itt a konfliktus megvilágításának és feldolgozásának segítése volt, illetve az, hogy Mr. G. képes legyen a feleségéhez fűződő érzelmeit reálisan látni, ezáltal segíteni őt az esetleges új kapcsolatok büntudat nélküli felvállalásához.

A feldolgozatlan gyász

Előfordulhat, hogy a gyászmunka folyamata megakad, elér egy ún. plató-fázist, és csak a későbbi események kapcsán aktiválódik újra. A következő eset ezt példázza.

3. eset: Feldolgozatlan gyász

Mr. P. a feleségét a mellrákkal vívott kétéves küzdelem után veszítette el. Közvetlenül a halálesetet követően a Perzsa Öbölbe szőlította a munkája, ahol hat hónapot töltött, míg a nyugdíjkorhatárt elérve hazajöhetett. 14 hónappal a felesége halála után depresszióba esett, mikor egy nála 17 évvel fiatalabb nővel kapcsolatot kezdeményezett.

Panaszai: alvászavar, motivációhiány, a halál és a hozzá kapcsolódó témák körül perszeveráló gondolatok, például az, hogy lejárt a beültetett szívbillentyű és az operáció által szavatolt „10 év élet” garancia (két barátját, akik ugyanezen a műtéten estek át, az elmúlt hat hónapban veszítette el). Mindenféle orvosi segítséget visszautasít, mert ezzel „neki magának kell” megbirkóznia.

Mr. P. erős büntudatot érez az új barátnőjével való „hancúrozások” miatt, úgy érzi, nem tisztességes, hogy nem a feleségével teszi mindezt. Hozátette, hogy soha nem volt alkalma meggyászolni a feleségét, és most nem szeretné barátnőjét ezzel a gyással terhelni. Nagyon fél attól, hogy esetleg felesége nevén találja szólítani új társát.

Mr. P. házasságát jónak tartotta, és úgy érezte, ő végig „ott volt” a felesége mellett, végigkísérte, egészen az élet-halál kapujáig, míg az be nem csukódott mögötte. Hálás volt azért, hogy a terápia során megbeszélhette érzéseit és hamarosan elkezdte jobban érezni magát, néhány ülés után az alvászavarai is megszűntek.

A terápia ideje alatt történt egy tragikus esemény: Mr. P. édesanyjánál mellrákot diagnosztizáltak, s halálának valószínűsíthető eljövetele éppen a feleség halálának kétéves évfordulójára esett. Az exploráció során Mr. P. anyjához való viszonyát úgy foglalta össze, hogy „tisztelem, amiért egyedül nevelte föl a gyerekeit”. Ahogy anyja állapota egyre romlott, Mr. P. képes volt arra, hogy neheztelés vagy büntudat nélkül tudjon vele lenni és kísérni őt.

Édesanyja halála után Mr. P. nagy meglepettséget érzett, hogy ott tudott lenni anyja mellett annak ellenére, hogy anyja nem nyújtott támaszt neki, amikor felesége a rákkal harcolt. Elégedettséggel töltötte el az a tudat, hogy fenntartások nélkül bírt valóban jelen lenni mind anyja, mind a felesége halálos ágyánál.

Megjegyzés: Az IPT-terapeuta elsődleges feladata ebben az esetben az volt, hogy biztonságos teret kínáljon fel a páciensnek, ahol a katonaság által megszakított gyászfolyamat újra elindulhat. Az új kapcsolatban jelentkező gátlásokat nem lehetett addig oldani, míg a régi kapcsolat (az elhunyt feleséggel) érzelmileg a „helyére nem kerül”. A terapeutának beszámolhatott minden érzéséről, így nem kellett jelenlegi partnerét terhelni vele. Anyja betegsége kapcsán át kellett értékelnie a vele való kapcsolatát éppúgy, mint gondoskodói szerepkörét mindkét nő betegágyánál. Mr. P. végül belátta, hogy mindkettőjüket végigkísérte a nehéz úton, ameddig lehetett, most már elengedheti őket érzelmileg, így elindulhat új kapcsolatok, új élmények felé. Leick és Davidsen-Nielsen (2) az újra szeretni tudás képességet úgy tekintik, mint felkészülést az életre, melyben a már feldolgozott gyász is helyet kap.

Egyéb, problémát jelentő területek

Bár a gyász fájdalma a leggyakoribb probléma az időseknél, a másik három terület is szerepet játszik a gyászreakcióban (szerepváltás, interperszonális konfliktus, interperszonális deficit). A páciens halálessel kapcsolatos reakcióinak és érzéseinek explorációja alapkövetelmény a terápia során. Gyakran azonban a gyászreakció mellett előkerülnek egyéb problémák, például a házastárs halálát követően megváltozott körülmények a szerepváltás nehézségeit hozhatják felszínre, a többi családtaggal interperszonális konfliktusok léphetnek fel, és a harmadik terület is befolyásolja a gyázmunkát, a gyász okozta fájdalommal való megküzdés folyamatát.

4. eset: Szerepváltás

Mrs. P. férje 4 hónappal ezelőtt tüdőrákban halt meg. Mrs. P.-t felnőtt gyerekei vették magukhoz, akikkel az együttélés állandó frusztrációt és kimerülést okozott mindkét félnek. A gyerekei úgy jellemezték őt, mint aki mindig siránkozik, túlzottan ragaszkodó, rövid időre sem lehet magára hagyni.

Magánbeszélgetések során az apjukat durva alkoholistának titulálták és csodálkoztak, hogy anyjuk miért tartott ki mellette. A terápia kezdetén a páciens depressziója olyan mértékű volt, hogy három hetes kórházi ellátásra szorult, ahol főként antidepresszáns szerekkel kezelték. Ez a hospitalizációs időszak némi pihenőt jelentett a „gyerekeknek”, mert bár alapvetően nagyon támogatóan viselkedtek édesanyjukkal, túlzott mértékű függőségigényét nem tudták kielégíteni. Amikor a kórházi kezelés véget ért, a terápia alatt Mrs. P. a legfájdalmasabb veszteségként azt jelölte meg, hogy korábban a gyerekei a kötelező vasárnapi étkezést nála költötték el, s most ennek megszűntével Mrs. P. elveszíti központi szerepét a családban.

Úgy tűnt, egészen addig hajlandó tolerálni férje durvaságát, míg anyai szerepében kielégülést talál, például azáltal, hogy mindenki hozzá jön haza. Az egyik lánya például pszichoterápiában és az Alkoholisták Gyermekait Támogató Csoportban fedte föl küzdelmeit a családjával, melyet „gúzsbakötőnek és működésképtelennek” írt le.

Mrs. P. terápiájában főleg a szerepváltásra koncentráltunk. Sok ülés azzal telt, hogy vágyai és a felnőtt gyerekeivel kapcsolatos reális elvárásai közti különbségeket

felderítsük. Lassan megtanult felelősséget vállalni saját szükségleteiért és elfogadni, hogy a gyerekeinek önálló élete van. Férjével kapcsolatos idealizáló gondolatai inkább szóltak az elvesztett életstílusnak, semmint magának az elhunytak. 3 hónapos együttműködés után Mrs. P. egy apartmanba költözött, s dependencia szükségletét más özvegyekkel való kapcsolatfelvétel útján éli ki, valamint a helyi idősök otthonában segít azoknak, akik nála kevésbé képesek magukat ellátni. Családja nagyon támogató maradt, de megőrizték az involváltságnak azt a szintjét, ami még számukra is kellemes.

Megjegyzés: Ahogyan a fenti eset is illusztrálja, azoknak az erősen dependens pácienseknek, akik a házastársuktól jövő támogatásra alapozták az életüket, sokkal nehezebb feldolgozni a veszteséget és új szerepet találni maguknak. A túlzott függőségigény sok esetben a többi családtaggal való konfliktushoz vezet.

5. eset: Nincs több idő a kísérletezésre

Mrs. T. váratlanul, egy egyhetes betegség után veszítette el a férjét. Terápiába egy évvel később jelentkezett, az 50. házassági évfordulójuk hónapjában.

Mrs. T. úgy érezte, hogy neki tudnia kellett volna, hogy a férje nagyon beteg, bár semmiféle bizonyossága nem lehetett erre nézve. Állítása szerint házasságuk az utóbbi években „nem volt olyan nagyszerű”. Az exploráció során úgy jellemezte a férjét, mint aki „mindig mogorva, mindig mérges”. Házasságuk számára leginkább arról szólt, hogy mi módon tolerálja férje hangulatait, s ez az utóbbi években egyre nehezebben sikerült. A készséges, szorgalmas angyalból egyre inkább olyan asszony lett, aki „csaknem olyan mogorva, mint a férje”, noha ez a stílus az ő természetétől teljesen idegen volt. Ezért Mrs. T.-t most büntudat gyötri, úgy érzi, mintha viselkedésének megváltoztatása olyan kísérlet lett volna, aminek a vége egy visszafordíthatatlan katasztrófa, s nincs semmilyen lehetőség az újraértelmezésre. Mrs. T. a férjével való beszélgetéseiket felidézve kifejezte dühét azzal kapcsolatban, hogy férje mindig azt mondta: ő akar „először eltávozni” s lám, ez sikerült is neki.

Miután Mrs. T. lehetőséget kapott a terápiában arra, hogy mind a férje iránti negatív érzéseit, mind a hiányából fakadó fájdalmát kifejezze, a terápiában a szerepváltással kapcsolatos küzdelem került előtérbe. Nagyon furcsának találta, amikor bizonyos dolgokat egyedül kellett megcsinálnia, amit eddig párjával együtt csinált. Például egyedül kellett leparkolni az autóval, kapcsolatokat kezdeményezni, vagy egyedül ment a country klubba, ahová addig együtt jártak. Listát vezetett azokról a dolgokról, amiket először kellett önállóan csinálnia. Nagyon hiányzott Mrs. T.-nek a mindennapos fizikai kontaktus, főként az egyedül alvás volt számára rettenetesen nehéz.

A szerepváltással azonban nemcsak kellemetlenségek jártak együtt. Például most már nem kellett elsőnek elhagynia az összejöveteleket, ahogy azt férje korábban megkívánta. Bizonyos döntésekkor csak saját preferenciáit kellett figyelembe vennie. Mrs. T. kiterjedt szociális kapcsolatokkal rendelkezett, és most ezektől az emberektől jelentős támogatást kapott. Például rendezett egy partit, amire a volt iskolatársait hívta meg. Veszteségként, mély fájdalommal élte át, hogy a parti másnap véget ért és barátai hazamentek. Ez a jelenség arra utal, hogy Mrs. T. számára problémát okoz, amikor valamilyen esemény a végéhez közeledik. A terapeuta ezért még védelmezőbb és biztonságosabb légkört teremtett számára, erre azonban nem sokáig volt szükség. Mrs. T. hamarosan képessé vált arra, hogy önállóan megküzdjön azzal, hogy a dolgok, az események mindig véget érnek.

Megjegyzés: Mrs. T. azon érzése, miszerint tudnia kellett volna, hogy férje meghal, nem volt helyénvaló, hiszen a férje rövid betegség következtében halt meg, úgy, ahogy szerette volna, hogy ő megy el először, és éppen akkor történt, amikor Mrs. T. a viselkedésének változtatásával kísérletezett. Közös életükben a szociális kapcsolatok nagy szerepet játszottak, emiatt férje halála után Mrs. T-nek új szociális pozíciót is kellett találnia ebben a közegben. Mrs. T. nagyon mélyen átérezte férje közelségének hiányát. A terápiában Mrs. T. beszámolhatott ezekről a benne zajló folyamatokról, és képessé vált arra, hogy társas kapcsolatainak támogató erejét felhasználva betöltse az űrt, amit érzett. IPT-terapeutájával való kapcsolata hamarosan annyira fontos lett számára, hogy a terápia lezárása először nagyon nehéznek tűnt. A lezárással kapcsolatos érzésekkel néhány ülés erejéig dolgoztunk, így Mrs. T. sikeresen túljutott ezen a kritikus ponton is.

Leick és Davidsen-Nielsen (2) hangsúlyozzák, s a fenti eset kapcsán is láttuk, hogy a gyászal foglalkozó terápiának fontos elemét képezi az új készségek megtanítása a páciensnek. Az intenzív érzelmekről való kommunikáció is lehet új készség, főleg akkor, ha együtt jár a súlyos tehertől való megszabadulás élményével. A szociális háló támogatásának igénybevétele szintén lehet egy ilyen új készség a gyászoló számára. Ezt sugallja Leick és Davidsen-Nielsen (2) kérdése is: „Meg tudna kérni valakit a barátai, szomszédai közül arra, hogy vigasztalás helyett csak legyen Önnel egy kicsit, és csak hagyja, hogy Ön elmondja, ami a szívét nyomja?”. Az utolsó készség pedig annak az elsajátítása, hogy az ember a társa halála után ne egy „diád egyik fele”-ként, hanem önálló „self”-ként érezze és élje meg magát.

A gyászmunkára fókuszáló IPT lezárása

Klerman és mts.-ai (17) a következő javaslatokat fogalmazták meg a depresszió interperszonális pszichoterápiás kezelésének lezárásához az utolsó 3-4 ülésre: 1. beszéljünk nyíltan a pácienssel a terápia befejezéséről; 2. tudjunk róla, hogy a terápia lezárása a páciens számára potenciális veszteségként is értelmeződhet; 3. erősítsük meg a páciens terapeutától független kompetenciáját.

Az IPT-terapeutának nagy figyelmet kell fordítania arra a lehetőségre, hogy a házastársukat elveszített gyászolók számára a pszichoterápia befejeződése további veszteséget jelenthet. Több szerző is hangsúlyozza, hogy a rövidterápiákat könnyebb lezárni, mint a hosszúakat, mivel rövidebb idő alatt kevésbé fejlődhet ki a dependencia. Az IPT-ben az indulatáttétel minden formája kerülendő, hogy a páciens konfliktusai megmaradjanak abban a keretben, amelyben létrejöttek, tehát a páciens mindennapi életében fontos szerepet játszó személyekre kell fókuszálni (ez egyébként csökkenti a terapeutától való függőséget is).

Az IPT-terapeutának tudnia kell azt is, hogy azon páciensek számára, akik a veszteség nyomán mély depresszióba estek, sokkal nehezebb lesz a leválás, mint azoknak, akiknél a szerepváltás vagy az interperszonális konfliktusok adják a probléma magvát.

Tapasztalataink alapján a következő speciális technikákat javasoljuk a terápia lezárásának elősegítéséhez:

1. A terápia kezdetén világosan határozzuk meg a kezelés tervezett hosszát – amely általában 16-20 ülést jelent –, s gyakran emlékeztessük a pácienszt a terápia közeledő befejezésére.
2. Beszéljünk nyíltan arról, hogy a terápia befejezésének közeledtével esetleg fellobbanhatnak a korábbi tünetek – ennek ismertetése részben edukatív, részben terápiás jellegű.
3. Összpontosítsunk arra, hogy a páciens alternatív coping stratégiákat fedezhessen fel (pl. készítsen terveket a magányosság leküzdésére), s adjunk neki lehetőséget a kísérletezésre, s arra, hogy terveit szükség esetén módosíthassa a következő üléseken.

4. Támogassuk az új kapcsolatokat.

Klerman és mts.-ai javasolják, hogy – azon páciensek kivételével, akiknek még komoly tüneteik vannak – mondjuk el a pácienseinknek, hogy a terápia lezárását követően legalább 4-8 hetes időszaknak el kell telnie ahhoz, hogy egy más típusú terápia megkezdődhessen. Ez egy világos üzenet a páciens számára arról, hogy ez a terápia befejeződött, a terapeuta képesnek tartja őt arra, hogy önállóan is használni tudja képességeit, valamint arról, hogy egy újabb terápia megkezdése előtt a páciensnek önállóan kell megfelelő erőfeszítéseket tennie a helyzet megoldására.

A rövidterápiák befejezésének részleteivel más szerzők is foglalkoztak. (30-32)

Az adatok előzetes értékelése

Egy előzetes vizsgálatot végeztünk az IPT hatékonyságáról házastársukat elveszített idős, depressziós gyászolók körében 3 férfi és 3 női páciensünknél (átlagos életkoruk 68 év, szórás: 64-73 év között). Az IPT megkezdése előtt „A major és minor depresszió kutatási kritériumai” alapján mértük fel a depresszió mértékét. A terápia a házastárs elvesztését követően átlagosan 26 héttel kezdődött (szórás: 11-56 hét között). Az elveszített házastársak átlagos életkora 69,2 ± 6 év volt, pácienseink házassága átlagosan 42 évig tartott (szórás: 25-49 év között). A független vizsgálok által felmért adatok a kezelés előtt és a 17 hetes terápiát követően a következők: Hamilton Depresszió pontszám: 18,5±2,3 – 7,2±4,6; az Átfogó Működésbecslő Skála (Global Assessment Scale /33/) pontszámai: 62,5±4,3 – 78,3±9; a Gyász Felmérés Texasi Módosított Skálájának (Texas Revised Inventory of Grief) pontszámai: 49,3±9,6 – 39,2±14,9.

Ezek az adatok azt sugallják, hogy az IPT hatékony terápia az idős emberek gyással szövődött depressziójának kezelésében. Jelenleg egy olyan vizsgálatot végzünk, amelyben ennél a csoportnál összehasonlítjuk az IPT, a nortriptylin (antidepresszáns) kezelés és a kombinált terápia hatékonyságát randomizált, kettős-vak, placebo-kontrollos módszerrel.

Megbeszélés

A depresszió rövidterápiájaként kialakított interperszonális pszichoterápia 4 fő területre fókuszál: a veszteségekre, a szerepek átalakulására, a személyközi konfliktusokra és a személyközi deficitekre. Ezek közül a veszteségek és a szerepek átalakulása különösen fontos a gyászoló depressziós embereknél. A gyászoló támogatása során azonban ezek mellett a személyközi konfliktusok és a személyközi deficitek is jelentős figyelmet érdemelnek. A túlélők korábbi, nem megfelelő kapcsolata az elhunyttal, vagy saját személyközi deficitjeik (pl. a kóros személyiségjegyek fokozott megléte) jelentősen megnövelheti a gátolt, vagy elhúzódó gyász veszélyét.

Az IPT olyan terápiás módszer, amelynek középpontjában a személyközi kapcsolatok állnak, magában foglal egy edukatív megközelítést, s kombinálható pszichotrop gyógyszereléssel is. Az IPT alapelveinek alkalmazásával a legkülönbözőbb mentálhigiénés szakemberek (pszichiáterek, pszichológusok, szociális munkások, pszichiátriai nővérek) egy gyakorlatorientált módszert használhatnak a gyással szövődött depresszió kezelésére.

Úgy tűnik, hogy az IPT – összehasonlítva egyéb gyászterápiás módszerekkel – a gyászterápiák közös elemeit alkalmazza. Ezeket Raphael (34) kitűnő áttekintő munkájában a következőképpen összegzi: 1. megalapozni a gyászolóval való kapcsolatot; 2. feltárni a veszteséget; 3. áttekinteni az elveszített személlyel való kapcsolatot; 4. feltárni a

háttérváltozókat; 5. támaszt nyújtani; 6. teljesíteni a kitűzött célokat (elősegíteni a talpra állást).

Idős, depressziós betegeknél összehasonlították a viselkedésterápia, a kognitív terápia és a belátás-orientált rövidterápia eredményeit (a depresszió ezekben az esetekben nem feltétlenül gyásszal szövődött.). Az eredményeket Gallagher és Thompson (35) ismertette: a kognitív és a viselkedésterápiás csoportok kis mértékben hatékonyabbnak tündek, mint a belátás-orientált terápiás csoportok, bár a kis esetszám és a csoportokból történő kiválások eltérő aránya ezt a következtetést kissé bizonytalanná teszi. Gallagher és Thompson úgy vélik, hogy a célok középpontba állítása és a készségfejlesztő tréning alapvető fontosságúak a depresszió pszichoterápiájában. Bár az IPT a pszichodinamikus modellből fejlődött ki, ennek ellenére erősen cél-orientált, és a személyközi viszonyokra összpontosít. Az IPT-ben a páciensek számára nem jelölünk ki speciális házi feladatokat, a terapeuta azonban ösztönözheti a pácienszt a kommunikációs készségeinek fejlesztésére, a hatékony coping stratégiák megvalósítására, és az e téren elért változásoknak a további terápiás ülések során történő megbeszélésére.

Horowitz és mts.-ai (36) részletesen tanulmányozták 52 pszichodinamikus pszichoterápiával kezelt páciens vonás- és folyamatjellegű jellemzőit. Ez a széleskörű tanulmány néhány pontban érdemileg foglalkozik az IPT-val. Horowitz és mts.-ainak eredményei szerint még azok a páciensek is, akik az alacsony motivációs vagy fejlettségi szint alapján kevésbé alkalmasak rövidterápiára, bevonhatók a kezelésbe egy aktív és támogató terapeuta segítségével.

Az alacsony motivációjú páciensek terápiájának lezárása eredményesebb volt, ha nagyon aktív terapeuta kezelte őket. Ezzel szemben az erősen motivált páciensek terápiája akkor volt eredményesebb, ha a terapeuta a záró szakaszban kevésbé volt aktív. Horowitz és mts.-ai szerint a feltáró technikák általában a jobban motivált és erős énerővel rendelkező pácienseknél voltak hatékonyabbak, és kisebb mértékben váltak be a kevésbé motivált és „szétesettebb” pácienseknél. Utóbbi csoportnál inkább a szupportív technikák javasolhatók.

Az IPT egyaránt használható az aktív és a szupportív megközelítésű terapeuták számára, valamint alkalmazható a kevésbé valamint az erősen motivált pácienseknél is. Az IPT során a terapeuta arra törekszik, hogy rövid idő alatt megalapozzon egy pozitív munkakapcsolatot a pácienssel, valamint hogy a terápia kezdetén egyetértésre jussanak a terápiás fókuszról illetően. A terapeuta attitűdje lehet szupportív, edukatív és aktív. Azok a páciensek, akik alkalmasak vagy motiváltak a problémák és összefüggések további, mélyebb feltárására, a terapeutától bátorítást kapnak ehhez a vállalkozáshoz; tapasztalataink szerint azonban még a mélyebb explorációra kevésbé motivált páciensek számára is jótékony hatású a szupportív, edukatív, aktív terapeutai attitűd.

A pszichodinamikus pszichoterápia és az IPT történeti gyökerei közösek, azonban az IPT nem fektet hangsúlyt az áttételi viszonyokra, s a kora gyermekkori élmények feltárására, hanem központi témájának a személyközi viszonyokat tekinti. Ez a különbség talán csökkenti a páciens-terapeuta kapcsolat lezárásának nehézségeit, s az IPT könnyebben használható módszer a kevésbé gyakorlott terapeuták számára is.

Gyászolók csoportterápiájának tapasztalatairól több szerző is beszámolt. (37-42) Vachon és mts.-ai (37) pl. véletlenszerűen kiválasztott özvegyeket hasonlítottak össze egy kontrollcsoporttal és egy intervenciós csoport („Özvegyek az özvegyekért program”) tagjaival. Eredményeik szerint az intervenciós csoport tagjai sokkal ellenállóbbak voltak azzal az érzelmi állapotrólással szemben, amely a kontroll csoportnál a gyászban nyújtott támogatás kisebb mértéke miatt jellegzetesen bekövetkezett. Bár a kontroll 12 hónap alatt elérte az intervenciós csoport szintjét, az intervenciós csoport tagjai egyértelműen előrébb jártak a reszocializáció folyamatában. Hasonló eredményekre jutott Lieberman és Videka-Sherman is

(38), akik önsegítő csoportban részt vevő ill. abban részt nem vevő özvegyeket hasonlítottak össze. Tapasztalataik szerint az önsegítő csoport valóban terápiás hatású volt, s eredményei nem tulajdoníthatók kizárólag az idő múlásának. Mindkét vizsgálat résztvevőit levélben keresték fel, tehát figyelembe kell venni, hogy ez a módszer szelektív: a segítséget keresők alcsoportját vizsgálja. Marmar és mts.-ai (40) önsegítő csoportot hasonlítottak össze rövid dinamikus pszichoterápiával (12 hetes, gyakorlott terapeuta által vezetett egyéni terápia, amelyeknek középpontjában az elhunyt házastárssal kapcsolatos, a gyász feldolgozását nehezítő konfliktusok álltak). Bár a depresszió és a szorongás tünetei mindkét csoportban csökkentek, Marmar és mts.-ai úgy találták, hogy a csoportból kiválók aránya nagyobb volt, mint az egyéni terápia esetében.

Az önsegítő csoportok megerősítik a gyásszal kapcsolatos érzések, gondolatok, magatartásmódok normálisként való elfogadását, lehetővé teszik a bonyolult érzések kifejezését, támaszt nyújtanak, s elősegítik a problémák megoldását. Ezek a csoportok jótékony hatásúak lehetnek az özvegyek számára, különösen azoknak, akik segítséggel kapcsolatos igényeiket ki is fejezik, illetve a kevésbé mélyen depressziós embereknek. Azok számára, akiknek a depressziója súlyosabb, személyközi nehézségeik bonyolultabbak, vagy egyszerűen csak idegenkednek attól, hogy egy csoporthoz csatlakozzanak, az egyéni pszichoterápiás megközelítés javasolható. (40)

Tekintettel arra, hogy az özvegyek több szempontból is igen jelentősen különbözhetnek egymástól, nem meglepő, hogy támogatásukban számos, eltérő megközelítés is jótékony hatású lehet. Az IPT – amely egyike ezeknek a módszereknek – különösen jól alkalmazható a gyásszal szövődött depresszióban, s hasznosítható megközelítés a legkülönbözőbb mentálhigiénés szakemberek számára.

Irodalom

1. Zisook S (ed) (1987): Biopsychosocial Aspects of Bereavement (Progress in Psychiatry Series, vol. 8). Washington, DC, American Psychiatric Press
2. Leick N, Davidsen-Nielsen M (1991): Healing pain: attachment, loss, and grief therapy. London and New York, Tavistock/Routledge
3. Valanis B, Yeaworth RC, Mullis MR (1987): Alcohol use among bereaved and nonbereaved older persons. *Journal of Gerontological Nursing*, 13:26-32
4. Calabrese JE, Kling MA, Gold PW (1987): Alteration in immunocompetence during stress, bereavement, and depression: focus of neuroendocrine regulation. *Am. J. Psychiatry*, 144:1123-1134
5. Stroebe MS, Stroebe W, Hanson RO (eds) (1993): *Handbook of Bereavement Theory, Research and Intervention*. Cambridge, England, Cambridge University Press
6. Gallagher DE, Thompson LW, Peterson JA (1981-82): Psychosocial factors affecting adaptation to bereavement in the elderly. *Int. J. Aging Hum. Dev.*, 14:79-95
7. Parkes CM, Benjamin B, Fitzgerald RG (1969): Broken heart: a statistical study of increased mortality among widowers. *British Medical Journal*, 1:740-743

8. Parkes CM (1990): Risk factors in bereavement: implications for the prevention and treatment of pathologic grief. *Psychiatric Annals*, 20:308-313
9. Jacobs S, Kim K (1990): Psychiatric complications of bereavement. *Psychiatric Annals* 20:314-317
10. Jacobs S, Ostfeld A (1977): An epidemiological review of the mortality of bereavement. *Psychosom. Med.*, 39:344-357
11. Clayton PJ, Darvish JS (1979): Course of depressive symptoms following the stress of bereavement. In: *Stress and Mental Disorder*, edited by Barrett JE. New York, Raven, pp 121-136
12. Zisook S, Schucfer SR (1991): Depression through the first year after the death of a spouse. *Am. J. Psychiatry*, 148:1346-1352
13. Pasternak RE, Reynolds CF, Schlernitzauer M, et al (1991): Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J. Clin. Psychiatry*, 52:307-310
14. Hamilton MA (1967): Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6:278-296
15. Faschingbauer TR, DeVaul RA, Zisook S (1977): Development of the Texas Inventory of Grief. *Am. J. Psychiatry*, 134:696-698
16. Frank E, Frank N, Cornes C, et al (1993): Interpersonal psychotherapy in the treatment of late-life depression. In: *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*, edited by Weissman M, Klerman GL. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp 169-175
17. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, et al (1984): *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, Basic Books
18. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, et al (1982): National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Arch. Gen. Psychiatry*, 46:971-982
19. Weissman MM, Klerman GL, Prusoff BA, et al (1981): Depressed outpatients: results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38:51-55
20. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, et al (1990): Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 47:1093-1099
21. Sholomskas AJ, Chevron ES, Prusoff BA, et al (1983): Short-term interpersonal therapy (IPT) with the depressed elderly: case reports and discussion. *Am. J. Psychother.*, 37:552-566

22. Reynolds CF, Frank E, Perel JM, et al (1992): Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *Am. J. Psychiatry*, 149:1687-1692
23. Worden JW (1991): *Grief Counselling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*, 2nd edition. New York, Springer
24. Lloyd C (1980): Life events and depressive disorders reviewed. *Arch. Gen. Psychiatry* 37:529-535
25. Bowlby J (1977): The making and breaking of affectional bonds. *Br. J. Psychiatry*, 130:201-209
26. Parker GB, Barrett EA, Hickie IB (1992): From nurture to network: examining links between perceptions of parenting received in childhood and social bonds in adulthood. *Am. J. Psychiatry* 149:877-885
27. Futterman A, Gallagher D, Thompson LW (1990): Retrospective assessment of marital adjustment and depression during the first 2 years of spousal bereavement. *Pathology and Aging* 5:277-283
28. Erikson EH (1968): *Childhood and Society*. New York, WW Norton
29. Horowitz MJ, Wilner N, Marmar C, et al (1980): Pathological grief and the activation of latent self-images. *Am. J. Psychiatry*, 137:1157-1162
30. Malan DH (1976): *The Frontier of Brief Psychotherapy*. New York, Plenum
31. Sifneos PE (1979): *Short-Term Psychotherapy: Evaluation and Technique*. New York, Plenum
32. Strupp HH, Binder JL (1984): *Psychotherapy in a New Key: A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. New York, Basic Books
33. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, et al (1976): The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch. Gen. Psychiatry* 33:766-771
34. Raphael B (1977): Preventive intervention with the recently bereaved. *Arch. Gen. Psychiatry* 34:1450-1454
35. Gallagher DE, Thompson LW (1982): Treatment of major depressive disorder in older adult outpatients with brief psychotherapies 19:482-490
36. Horowitz MJ, Marmar C, Weiss DS, et al (1984): Brief psychotherapy of bereavement reactions. *Arch. Gen. Psychiatry*, 41:438-448
37. Vachon MLS, Lyall WAL, Rogers J, et al (1980): A controlled study of self-help intervention for widows. *Am. J. Psychiatry*, 137:1380-1384

38. Lieberman MA, Videka-Sherman L (1986): The impact of self-help groups on the mental health of widows and widowers. *Am. J. Orthopsychiatry*, 56:435-449
39. Lieberman M, Yalom I (1992): Brief group psychotherapy for the spousally bereaved: a controlled study. *Int. J. Group Psychother.*, 42:117-132
40. Marmar CR, Horowitz MJ, Weiss DS, et al (1988): A controlled trial of brief psychotherapy and mutual-help group treatment of conjugal bereavement. *Am. J. Psychiatry*, 145:203-209
41. Yalom ID, Vinogradov S (1988): Bereavement groups: techniques and themes 38:419-446
42. Lieberman MA (1989): Group properties and outcomes: a study of group norms in self-help groups for widows and widowers. *Int. J. Group Psychother.* 39:191-208

Fordította: Benczúr Lilla és Pilling János