

# SZEMPONTOK A RÖVID, INTENZÍV, EGYÉNI PSZICHOTERÁPIA ELMÉLETÉHEZ ÉS MÓDSZERTANÁHOZ, ÉS EZEK ALKALMAZÁSA A KIKÉPZŐ PSZICHOTERÁPIÁBAN

**DR. SZINETÁR ERNŐ és DR. BUDA BÉLA**  
Fővárosi Pszichoterápiás Módszertani Központ

*Különlenyomat a Pszichológiai Tanulmányok XIII. kötetéből*

A hagyományos pszichoterápiás módszerek időigényessége és a pszichoterápiára szorulóknak nagy száma a rövid, intenzív pszichoterápia problematikáját egyre aktuálisabbá és fontosabbá teszi. Az utóbbi évtizedekben a kérdéssel óriási szakirodalom foglalkozott, és ebben az elméleteknek, elveknek és koncepcióknak szinte áttekinthetetlen halmaza alakult ki. A kialakult felfogások a mindennapi pszichoterápiás gyakorlattal sokszor nehezen hozhatók összefüggésbe, és az egyes nézetek és tételek között gyakori az ellentmondás. A rövid pszichoterápia iránt megnyilvánuló nemzetközi érdeklődés a magyar nyelvű szakirodalomban azonban alig tükröződik. Mind a rövid pszichoterápia ismeretanyagának külföldi integrálatlansága, mind pedig hazai ismeretlensége miatt indokoltnak látjuk, hogy neurotikus betegek rövid, intenzív pszichoterápiájával kapcsolatban szervezett tapasztalatainkat összefoglaljuk, a metodika általunk helyesnek tartott elveit megfogalmazzuk, és rámutassunk a rövid pszichoterápia egy újfajta alkalmazási lehetőségére.

Tapasztalatunk szerint a rövid, intenzív pszichoterápia nemcsak, időtartamában és intenzitásában tér el az ismert „hosszú” pszichoterápiáktól, amelyeknek legjelentősebb válfaja a pszichoanalízis, hanem szinte valamennyi jegyében más. Más elsősorban *indikációs területe*. A rövid pszichoterápia, amely általában 10 — 40 pszichoterápiás ülést foglal magában, a személyiségproblémáknak és személyiségzavaroknak főleg egy meghatározott körében ígér eredményt, vagyis sajátos indikációi vannak. Elsősorban akkor alkalmazható, ha a személyiség *akut* zavara áll fenn, amelyben a személyiség viszonylagos integráltsága megtartott — azaz megvan éneje, legalábbis bizonyos fokig, és nincsenek komolyabb disszociatív, pszichotiform tünetei — és amelyben a személyiség belső feszültsége jelentékeny. A feszültség problématudatban, szorongásban, excitációban, felfokozott érzelmi és indulati dinamikában nyilvánul meg. A feszültség szerveződése a személyiségben többszintű lehet, állhat interperszonális traumákkal, objektvesztéssel és egzisztenciális krízisekkel közvetlen kapcsolatban (e krízisek mind szociálisak, mind biológiaiak — pl. szomatikus betegség — lehetnek) de épülhet a feszültség másodlagosan kellemetlen akut vagy súlyosbodó krónikus tünet köré is, amikor a tünet a mögöttes problémák elfojtásának, annullálásának funkcióját töltheti be. A nagy feszültség és a megnövekedett problématudat részben több beavatkozási lehetőséget enged meg a terapeuta számára, részben pedig a beteget motiváltabbá, érdekeltébbé teszi abban, hogy segítsége kérjen, és a terápiában együttműködjék. Rövid, intenzív pszichoterápiára a belső feszültsége révén motiváltabb beteg akkor is alkalmasabb, ha az átlagosnál nagyobb emocionális dinamikájából irreális elvárások is támadnak, vagy ha ez erőteljesebb ellenállás bázisa.

Mások a rövid pszichoterápia *célkitűzései* is. E célkitűzések természetesen korlátozottabbak, mint a hagyományos terápiaformák céljai, ritkán irányulnak alapvető személyiségrészek vagy személyiség-dinamizmusok átalakítására, hanem inkább egyes

domináns pszichés munkamódok (viszonyulási sémák, magatartás-stratégiák, feszültségvezetési módok stb.), intrapszichés konfliktus pólusok vagy komplexus-jellegű személyiségproblémák befolyásolására (mérsékelésére, módosítására, esetleg megváltoztatására, ritkábban teljes megszüntetésére) vezetnek. A célkitűzések meghatározottak és reálisak a beteg élethelyzetéhez, a terápia feltételeihez és a beteg adaptívitási képességeihez, személyiségéhez viszonyítva. A cél gyakran tünet megszüntetése vagy krízis állapot megoldása.

A rövid, intenzív pszichoterápia alapja a gyors, praktikus, a pszichoterápiás tennivalókra irányuló *pszichodinamikus diagnózis* kialakítása. Hagyományos, hosszú pszichoterápiákban nincs szükség ennyire gyorsan áttekinteni a beteg problémáit, a diagnózis a terápia menetével párhuzamosan, egyre mélyebb összefüggésekben bontakozik ki. A gyors és praktikus diagnózis a személyiség főbb sajátosságainak és az akut feszültség háttérében álló interperszonális vagy intrapszichés problémáknak megragadására törekszik. A gyors áttekintésnek olyan oki mozgatókig kell eljutnia, amelyek a beteg állapotában *közvetlen és meghatározó* szerepet játszanak, és amelyek befolyásolásával az adott állapot — legalábbis „fenotipikus” képen (tehát a beteg viselkedésében és átélésében is megnyilvánuló formában) — változtatható, megoldás felé vihető. Ilyen oki mozgatók lehetnek sajátos személyiségvonások, környezettel szembenálló pszichés tendenciák, motivációk, egyes elhárító mechanizmusok túlzott működései, irreális ideálok, merev felettes én-igények, önértékelési problémák stb. Ezek mögött a személyiségfejlődés mélyebb zavarai vagy összetettebb, alapvetőbb aktuális oki összefüggések, hatások állhatnak. Ezeknek érintése (mind diagnosztikus, mind terápiás vetületben) része lehet a rövid pszichoterápia célkitűzéseinek, de ez viszonylag ritkán fordul elő, általában ezek a hosszú pszichoterápiák területére tartoznak. A gyors, praktikus pszichodinamikus diagnózis részben a terápiás munka során alakul ki, miközben már a terapeuta foglalkozik a beteg tüneti megnyilvánulásaival, ellenállásformáival és közvetlen viselkedési taktikáival is, részben azonban a terapeutában tapasztalatilag kialakult összefüggés-sémákon alapul, tehát valószínűségeket tételez fel és keres célzottan, akár csak a szokványos orvosi diagnosztikus gondolkodás vagy pedig az evolúció történetéből ismert Cuvier-féle korrelációs felfogás.

A rövid, intenzív pszichoterápiában természetesen alapvetően más a terápiás munkamód. A különbségek leírása voltaképpen a rövid pszichoterápia módszertanának ismertetését jelenti. Ezt megelőzően azonban a rövid és a hosszú pszichoterápia egy lényegi azonosságára kell felhívni a figyelmet, mivel ez nagyon lényeges. A rövid, intenzív pszichoterápiának feltétele, hogy a munka megfeleljen a pszichoterápia szigorúan vett kritériumainak. Pszichoterápiáról akkor szabad beszélnünk, ha *lélektani eszközökkel* (emberi kapcsolat felhasználásával, verbális-kommunikatív módon), *operatív* beavatkozások történnek (meghatározott rész-célokkal, korszerű, tapasztalati módszertani elvek alapján és ugyancsak korszerű és tapasztalati pszichopatológiai megfontolások — pl. diagnosztikai helyzetmegítélés, a változás folyamatainak koncepciói stb. — szerint) a személyiség — a viselkedés vagy az átélés — változtató befolyásolására. A hangsúly az alkalmazott lélektani eszközök és elvek, valamint operatív beavatkozások szakszerűségén van. Különösen a rövid, intenzív pszichoterápia téveszthető össze olyan terápiás célzatú akciókkal, amelyek a viselkedést próbálják megváltoztatni, de az említett kritériumoknak nem tesznek eleget. Ezeket az akciókat rendszerint orvos vagy pszichológus hajtja végre, és gyakran pszichoterápiának nevezi őket. Megítélésünk szerint a kritériumoknak meg nem felelő pszichológiai hatásmódokat a konfúzió elkerülésének érdekében célszerűbb pszichológiai betegvezetésnek, pszichológiai tanácsadásnak, orvosi pszichológia alkalmazásának vagy „crisis management”-nek nevezni. Ezek az eljárások a kapcsolati-

kommunikatív úton történő segítség ismervét kimerítik, többnyire azonban a beavatkozás operatív és elvi szintjén nyújtanak kevesebbet és kevésbé szakszerűt, mint a rövid pszichoterápia.

A rövid, intenzív pszichoterápia munkamódjának több jellemző sajátossága van. Egyik az, hogy a benne folyó verbális munka a beteg aktuális problémáiban közvetlenül szerepet játszó emberi kapcsolatokkal és interperszonális eseményekkel foglalkozik, és különösen a terápiás helyzet történéseivel, a beteg viselkedésével, érzelmeivel és a terapeutához való viszonyával ebben a helyzetben. A személyiség sajátosságainak és zavarainak megismerése is főleg az aktuális viselkedés és a terápiás kapcsolat eseményein át történik. Ez a jelenség a rövid pszichoterápia ún. *hic et nunc* elve, amely egyike a pszichoterápia intenzívvé tételére vonatkozó korán kidolgozott nézeteknek (STEKEL, HORNEY, SULLIVAN, MASSERMAN stb.).

A rövid pszichoterápia másik sajátossága, hogy a terapeuta törekszik arra, hogy a beteg feszültséget fenntartó problémájának (az egyszerűség kedvéért ezt nevezhetjük krízisnek) emocionális energiáját a terápiás célok érdekében mozgásba hozza és felhasználja. Ismert az emocionális szférának tulajdonított nagy jelentőség a pszichopatológiai elméletekben, ezt a pszichoterápiás tapasztalat alátámasztja, a viselkedészavarok mögött a leglényegesebbek és a legközvetlenebbek az emócionális zavarai. A terápiás változás érdekében általában működésben kell tartani a beteg emocionális dinamikáját, ez egyben diagnosztikus szempontból is hasznos. A terapeuta célja az, hogy a terápiás szituációban a beteg érzelmi életének sajátosságai nyilvánuljanak meg, kerüljenek felszínre. Ebben a célkitűzésben vezetnek *katarktikus* megfontolások is, az aktuális problémákhoz asszociatív tapadó élménytömeg érzelmi és indulati energiája a terápiás kommunikációban felszabadulva katarzisz útján csökkentheti a belső feszültséget vagy az ebből származó tünetet. Emellett azonban a terapeuta erőfeszítéseket tesz, hogy a gyakran ellenállásként jelentkező emocionális energiákat terápiás célok felé vezető motivációkká alakítsa; eközben gyakran folyamodik *paradox* technikához (HALEY, 1963; WATZLAWICK, BEAVIN, JACKSON, 1967).

A terapeuta a rövid, intenzív pszichoterápia során nagy figyelmet fordít a beteg hosztilis indulataira és agresszív viselkedésére, valamint a beteg viszonyulására és viselkedésére — különösen elvárásaira, félelmeire és *projekcióira*, — a környezet agresszióival kapcsolatban. A terapeuta ezekre az indulatokra, sémákra és reakciómódokra a terápiás szituáción belül, a *hic et nunc* elv alapján figyel, olyan módon, hogy ezeknek megnyilvánulását a terápiás helyzetben elősegíti. Teret enged a beteg negatív emócióinak maga felé, és engedi kibontakozni a beteg projekcióit. A negatív emóciók és a projekciók megjelenése alkalmas arra, hogy ezekkel az addig tudattalan és integrálatlan pszichés tartalmaival szembetalálkozzon. Ilyenkor konfrontáció történik, ez történhet csaknem spontán is, de kellhet hozzá a terapeuta jelentékeny munkája is. A negatív érzelmekkel és a projekciókkal való konfrontáció személyiségfejlesztő, terápiás hatású, ennek hangsúlyozása FRANZ ALEXANDER rövid pszichoterápiás metódusának központi eleme. ALEXANDER szerint az így konfrontálódó beteg *korrektív emocionális tapasztalást* szerez.

A rövid, intenzív pszichoterápiában a terapeuta erőteljesebben és tudatosabban operál a beteggel való kapcsolattal. Figyelmet fordít az *indulatátvétel* megnyilvánulásaira, és ezeket felhasználni igyekszik. Az előzőekben említett negatív érzelmek és projekciók a negatív indulatátvétel állapotának felelnek meg, ezt a terapeuta részben felszínre engedi, részben azonban feldolgozni igyekszik. Projekciók képezik a magvát a *pozitív* indulatátvételnek is, amely a terapeuta kontrollja alatt a rövid pszichoterápia komoly hajtóereje lehet. A pozitív indulatátvétel felfuttatása és kontrollja a rövid, intenzív pszichoterápia egyik fontos feladata. Az indulatátvételrel való fokozott törődés, a pozitív indulatátvétel felhasználása áll MALAN (1963) rövid pszichoterápiás módszerének

középpontjában. Az indulatáttétel nemcsak mint terápiás motiváló erő érdekes a rövid pszichoterápia szempontjából, az indulatáttétel mindig regresszív, nagy emocionális töltésű viszonyismák megnyilvánulása, a személyiség kapcsolati múltjának újraélése, és mint ilyen, rendkívül fontos diagnosztikus lehetőség, és terápiás beavatkozási alkalom a *hic et nunc* elv szerint.

A rövid, intenzív pszichoterápia munkamódját jellemzi továbbá a terapeuta nagyobb fokú *aktivitása*. Ez az aktivitás nem merül ki az interpretációk fokozottabb alkalmazásában, mint amit általában a pszichoterápia klasszikusai aktivitáson értenek, sőt, nem is teljesen azonos azzal. A korszerű rövid pszichoterápiában az aktivitást a terapeuta fokozott odafordulása jellemzi a beteg felé, az *empátiás* megértés fokozása, a pszichoterápiás beavatkozások nagyobb fokú operativitása, a terápia apró eseményeire való nagyobb figyelem és érzékenység, intenzívebb reagálás, állandó törekvés a konfrontációs alkalmak kihasználására és megteremtésére stb. A tapasztalatok szerint az interpretáció igen kényes, finom eszköz, amelyet a terapeutának csak nagy óvatossággal, átgondoltan szabad alkalmazni a benne rejlő veszélyek miatt. A rövid pszichoterápia semmiképpen sem merülhet ki erőltetett és sűrített interpretációkban. Sokkal jobb és biztosabb eljárás a konfrontációs alkalmak szaporítása, amelyet a terapeuta fokozott empátiája, operativitása és a terápia apró aktuális eseményeivel való kiemelt törődés tesz lehetővé. Az interpretációval való óvatosság együttjár azzal is, hogy a terapeuta nem igyekszik okvet lenni „insight” kialakítására; a konfrontációk során kialakuló érzelmi jellegű megértést fontosabbnak tartja, mert ez a viselkedésváltozás szempontjából hatékonyabb, mint az intellektuális szinten is tükröződő belátás. A rövid, intenzív pszichoterápiában az aktivitás összetevője a nem verbális kommunikációval és a metakommunikációval kapcsolatos intenzívebb munka is, amely mind diagnosztikus szinten mutatkozik, a beteg nem verbális és metakommunikatív megnyilvánulásaira fordított nagyobb figyelem formájában, mind pedig terápiásán, a terápiás kapcsolat szabályozásában és kontrolljában metakommunikatív és nem verbális eszközök segítségével.

Végül megemlítené az is, hogy a rövid, intenzív pszichoterápiában egyes esetekben lehetséges és megengedhető a direktív viszonyulás is, a terapeuta szükség esetén adhat tanácsot és utasításokat is. Igen gyakran a tanácsnak és az utasításoknak paradox jellege van, a beteget egy non-direktív terápiás cél megvalósítása felé vezeti ezekkel a terapeuta. A direktivitás mindenestre inkább lehetőség, mint önálló jellemző a rövid pszichoterápiában.

Megítélésünk és tapasztalatunk szerint az elmondottak alapján lehetséges hatékony rövid, intenzív pszichoterápiát végezni a pszichés problémák és viselkedészavarok elég jelentékeny részében. Az ismertetett elvek alapján végzett rövid pszichoterápia tüneti és problémamegoldó hatásán kívül fontosnak tartjuk azt is, hogy az ilyen terápiás folyamatban részt vevő beteg bizonyos előkészületben részesül további pszichoterápiára, ez megmutatkozhat abban, hogy egzisztenciájának későbbi kritikus helyzeteiben is igénybe vesz pszichoterápiás segítséget, de abban is, hogy személyiségének strukturális zavarait megismerve esetleg motiválttá válik hosszú, intenzív pszichoterápiára. Itt említjük meg, hogy a rövid pszichoterápiának nem okvetlen feltétele a beteg aktív igénye a pszichoterápiára. Az aktuális érzelmi feszültség felhasználásával a terapeuta kezdeményezheti és folyamatban tarthatja a pszichoterápiát, különösen az orvos, az ideg orvos kedvező interperszonális pozíciójából, a betegnek kezdetben nem is kell feltétlenül tudatosítania, hogy pszichoterápiában vesz részt.

A rövid, intenzív pszichoterápia említett elveit a terápiás munkán kívül felhasználhatónak

tartjuk pszichológusok és pszichiáterek *kiképző elemzésében* is. Ismeretes az a tapasztalat, hogy a pszichoterápia végzésének megtanulásához a személyiségnek magának is át kell esnie pszichoterápiás folyamaton, és abban élményeket, önismeretet kell szereznie. A későbbi terapeuta ebben a folyamatban nemcsak saját pszichés állapotait és reakciómódjait ismeri meg, hanem tapasztalatot szerez a páciens helyzetéről is a terápiás szituációban, ez megkönnyíti számára későbbi betegének empátiás megértését. Az önismereten és a páciens-állapot élményszerű megismerésén kívül a kiképző pszichoterápiának oktató funkciója is van, a pszichoterápia számottevő része intellektuálisan nem sajátítható el, viszont a kiképző pszichoterápia folyamatában *in statu nascendi* megfigyelhetőek a szabályszerűségek, ezekre a kiképző terapeuta figyelmet felhívhatja, így a későbbi intellektuális és tapasztalati tanulás számára élménybázist nyújt. A kiképző pszichoterápia fontosságára mutat az a tény, hogy ma minden pszichodinamikus szemlélettel dolgozó pszichoterápiás irányzat szükségesnek tartja és kiképzési programjában helyet biztosít neki (így pl. a pszichoanalízisen kívül a ROGERS-féle „client-centered” irányzat, a BERN -féle tranzakcionális analízis stb.). A kiképző pszichoterápia tradicionális — és sok tekintetben optimális — módja, a kiképző pszichoanalízis ma hazánkban nehezen érhető el. Hiányoznak hozzá a képzett szakemberek, és hiányoznak a megfelelő feltételek a kiképzendő terapeuta egzisztenciájában. Valamilyen kiképző terápiás folyamat azonban elengedhetetlenül szükséges. A szükség és a lehetőség között alkalmas kompromisszumnak látszik a rövid, intenzív kiképző eljárás. Ezzel a megoldással kapcsolatban bizonyos tapasztalatokat szereztünk, megállapításaink ezen a tapasztalaton alapulnak.

A kiképzést kívánó pszichiáter vagy pszichológus a rövid pszichoterápiára alkalmas beteggel bizonyos fokig analóg helyzetben van. Pszichés állapotára jellemző bizonyos krízishelyzet. Bár a leendő pszichoterapeuta tünet- és panaszmentes, és általában kreatív képességekkel, pszichológiai integráló erővel rendelkező személyiség, kiképzésének kezdetén bizonytalanságban van, fokozott problématudattal rendelkezik, aspirációi és képességei között, különösen pedig aspirációi és ismeretei között diszkrepanciát él meg. Identitása kialakulatlan, inkább csak motivációi vannak meg erre. Mindebből olyan feszültségdinamika származik, amely személyiségét alkalmassá teszi a rövid pszichoterápia folyamatára. A feszültségdinamika az említett alaphelyzetből eredően közvetlenül önértékelési problémákból, a magas aspirációs nívó miatti frusztrációkból és különféle interperszonális problémákból táplálkozik.

A rövid, intenzív kiképző pszichoterápia célkitűzése többszörös. Az említett elvek és módszerek segítségével a cél az, hogy a kiképzendő élményszerű ismereteket szerezzen a terápiás szituációról a beteg szemszögéből, hogy ezáltal és a terápia egész folyamata révén empátiás képességei fokozódjanak, továbbá, hogy a terápia hatékony végzéséhez szükséges élményszerű önismeretet érjen el. Az önismeretnek ki kell terjednie arra, hogy tudja saját személyiségét kontrollálni és adott interperszonális feladatok szolgálatába állítani, hogyan tudja viselkedés-stratégiák keretébe vonni. Az empátiás készség fokozása mellett cél az is, hogy a kiképzendő elsajátítsa az *emocionális distancia* fenntartásának készségét is, amely az empátiának fontos ellenpólusa a terápiában. Esetenként szükséges a kiképző folyamatban részleges személyiségváltozások elérése is; ezért a kiképzendő személyiségének egyes olyan aspektusaiban, amelyek a későbbi pszichoterápiás munkát akadályozhatják, módosításokat kell eszközölni. A rövid, intenzív kiképző pszichoterápiában szerzett élményszerű önismeret ennek előfeltétele és eszköze lehet. A kiképzendőnek élményszerűen meg kell ismernie az *érzelmi ambivalencia* jelenségét, az egyéni átélés szimbolikáját és irracionális oldalait, és egyes elhárító mechanizmusok működését. A kiképző folyamatban az irracionális mint egyedileg, belülről szemlélve

érthető, és sajátos belső racionalitást mutató aspektus nyilvánul meg.

Igen fontos a terápiás kapcsolat élményszerű megismerése. Az em lített célokat a kiképző terapeuta főleg a terápiás szituációban megmutatkozó kapcsolat kidolgozása és szabályozása révén igyekszik elérni. A kiképző folyamat szituációjában általában erős és heves az ellenállás, és gyakori a regresszió. Mind az ellenállás, mind pedig a regresszió emocionális energiái felhasználhatók a kiképző folyamat érdekében, a szakmai önismeret és empátiás készség fokozására. A tapasztalatok szerint az ellenállás a kiképző folyamatban főleg a szakmai én-ideál védelméből fakad. A kiképzendő először olyan viselkedés-stratégia megvalósítására törekszik, amelyben személyisége a valóságosnál integráltabbnak és hatékonyabbnak tűnik. Minden olyan kísérlettel szemben, amely e stratégia mögé akar hatolni, ellenáll. Az ellenállás feldolgozása vagy paradox átalakítása után viszont regresszív, indulatáttételes jellegű pszichés tartalmak, viszonyulási minták kerülnek felszínre. Ezek elsősorban negatív jellegűek, de gyakran jelenik meg pozitív indulatáttételes viszonyulás is. Ritkább azonban a beteg viselkedéséhez hasonló strukturált, eleven elvárásokkal és erős emóciókkal teli indulatáttételes reakció. Az indulatáttétel részleges, szervezetlen megnyilvánulásai nagyon fontosak a kiképző folyamatban, részben azért, mert a leglényegesebb pszichoterápiás jelenség élményszerű megismerését teszik lehetővé, részben pedig azért, mert a folyamat dinamikáját ezek fokozzák, az egyes ülések fűtöttségi szintjét megnövelik, és fontos, én-közeli közlésanyag forrásává válnak.

A rövid, intenzív kiképző pszichoterápiás folyamatban a folyamatról és a saját személyiségről szerzett élmények motivációkat teremtenek további szakmai ismeretek szerzésére, elősegítik a meglévő ismeretek szervülését, rendeződését, formálják a pszichoterápiás munkához szükséges szakmai identitást. Az empátia és a pszichés distancia kialakításának képessége megkönnyíti a betegekkel való foglalkozást. A terápiás kapcsolat megismerése nagyobb biztonságot nyújt a kezdőnek az indulatáttételes jelenségek felismerésében és kézben tartásában. A kiképző folyamat élményszerű tanulságai a betegekkel szerzett további tapasztalatok feldolgozásának és értékelésének kristályosodási magvai lesznek.

A rövid, intenzív kiképző pszichoterápiát még két szempontból tartjuk fontosnak. Egyik szempont az, hogy az intenzív terápiás élmény olyan önismereti fokozódást, olyan reális önmegítélést hozhat létre, hogy ennek kapcsán a későbbi pszichoterapeutában megérik a motiváció arra, hogy tanuló analízisben, hosszabb kiképző terápiában vegyen részt. Ennek igen nagy jelentősége van, mert ezáltal a hatékony pszichoterápiás munka lehetőségei még inkább növekszenek, és a pszichoterapeuta olyan problémáitól tud szabadulni, amelyek esetleg hosszabb kiképző pszichoterápia nélkül munkáját tartósan károsítanák és szakmai fejlődését nehezítenék. A másik szempont az, hogy a rövid, intenzív pszichoterápiás kiképzésen átesett szakember modellt kap ahhoz, hogyan kell a terápiás szupervízióban viselkednie. Kezdő pszichoterapeuta számára szupervízió igen fontos, a tapasztalatok szerint, ha ezt nem előzi meg kiképző pszichoterápiás folyamat, a szupervízióban zavaróan jelentkezhetnek a fiatal terapeuta indulatáttételes reakciói és saját emocionális problémái. Az említett módszer a szupervízióra is előkészületet, sőt bizonyos motiváltságot is nyújt. Megítélésünk szerint a hazai pszichoterapeuta képzést számottevően előbbre vinné, ha a vázolt metodikához hasonló rövid, intenzív pszichoterápiás kiképző folyamatot a pszichoterápiás munka minimum rekvizitumának lehetne tekinteni.

## IRODALOM

ALEXANDER, F., 1956, *Psychoanalysis and psychotherapy*. Norton, New York. 286 o.

BERNE, E., 1961, *Transactional analysis in psychotherapy. A systematic individual and social psychiatry*. Grove Press, New York. 270 o.

CLAUSEB, G., 1967, *Psychotherapie-Fibel. Einführung in den Umgang mit dem erlebnisgestörten Patienten in Klinik und Praxis. (Dritte, verbesserte Auflage.)* G. Thieme, Stuttgart. 214 o.

FREUD, S., 1924, *Zur Technik der Psychoanalyse und zur Metapsychologie*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien—Leipzig, Zürich. 275 o.

GILLMAN, R. D., 1965, Brief psychotherapy a psychoanalytic view. *Amer. J. Psychiat., Vol.* 122. 601 — 605.

GIBBENWALD, H. (ed.), 1967, *Active psychotherapy*. Atherton Press, New York. 384 o.

GUTHEIL, E. A., 1955, Recent developments in active psychotherapy. in: *Present-day psychology*. Edited by A. A. Boback, 1955, Philosophical Library, New York. 995 o., 645 — 677. o.

HALEY, J., 1963, *Strategies of psychotherapy*. Grune and Stratton, New York. 204 o.

HALEY, J. (ed.), 1967, *Advanced techniques of hypnosis and therapy. Selected papers of Milton H. Erickson*, Grune and Stratton, New York. 557 o.

HORNEY, K., 1939, *New ways in psychoanalysis*. Kegan Paul, Trench; Trubner, London. 313 o.

LEONHARD, K., 1963, *Individualtherapie der Neurosen*. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena. 288 o.

MALAN, J. et alii, 1963, *A study of brief psychotherapy*. Tavistock Publications, London. 216 o.

McGuire, M. T., 1968, The instructional nature of short-term insight psychotherapy. *Amer. J. Psychother.* Vol. 22. 218 — 232.

MASSERMAN, J. H., 1955, *The principles of dynamic psychiatry*, W. W. Saunders, Philadelphia. 310 o.

MASSERMAN, J. H., 1965, Historical-comparative and experimental roots of short-term therapy. In: *Wolberg, op. cit.* 1965, 23—50.

PAGÈS, M., 1965, *L'orientation non-directive en psychothérapie et en psychologie sociale*. Dunod, Paris. 181 o.

ROGERS, C. R., 1951, *Client-centered therapy: its current practice, implications and theory*. Houghton Mifflin, Boston. 450 o.

SIFNEOS, P. E., 1967, Two different kinds of psychotherapy of short-duration. *Amer. J. Psychiat.* Vol. 123, 9 — 14.

STOLLAK, G. E. et alii (ed) 1966, *Psychotherapy research. Selected readings*, Rand McNally, Chicago. 706 o.

SULLIVAN, H. S., 1946, *Conceptions of modern psychiatry*, W. A. White Foundation, Washington. D. C. 150 o.

TAUSCH, R., 1968, *Gesprächspsychotherapie. (Zweite, neugestaltete Auflage)* Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen. 295 o.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H., JACKSON, D. D., 1967, *Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. Norton, New York. 296 o.

WOLBERG, L. R. (ed.) 1965, *Short-term psychotherapy*. Grune and Stratton, New York. 348 o.