

PTE BTK

Pszichológiai Doktori Iskola

Elméleti Pszichoanalízis Program

PhD értekezés

Pénzes István

A szomatizáció kapcsolati vonatkozásai és pszichoterápiás lehetőségei

Kötődés és interszubbjektivitás az elméletek és a klinikai vizsgálatok tükrében

Témavezető: Prof. Dr. Csabai Márta



Pécs, 2020

TARTALOM

1. BEVEZETÉS	
1.1. Témaválasztás és a disszertáció felépítése.....	5.
1.2. Elméleti bevezető.....	9.
2. A SZOMATIZÁCIÓ, AZ INTERSZUBJEKTIVITÁS ÉS A KÖTŐDÉS ELMÉLETI ÖSSZEFÜGGÉSEI	
2.1. „Der geheimnisvolle Sprung”: a pszichoszomatika alapproblémái.....	14.
2.2. A szomatizáció kérdése a pszichoanalízisben.....	18.
2.3. Az aktuálneurózis freudi fogalma és reneszánsza.....	19.
2.4. A tünet mint azonosulás Freudnál és Ferenczinél.....	22.
2.5. A szomatizáció a klinikumban.....	24.
2.6. Kötődés és interszubjektivitás a szomatizációban.....	27.
2.7. Az interszubjektív pszichoanalitikus szemlélet és a kötődélmélet közös bölcsője: a Budapesti Iskola.....	32.
2.8. Budapesti Iskola szerepe a testről való gondolkodás és az interszubjektivitás hajnalán.....	36.
2.9. Példa a szomatizációra: az irritábilis bél szindróma mibenléte.....	37.
3. A FELNŐTTKORI KÖTŐDÉS JELLEGZETESSÉGEI IRRITÁBILIS BÉL SZINDRÓMÁVAL ÉS PÁNIKZAVARRAL KÜZDŐ PÁCIENSEKNÉL. KÉRDŐÍVES VIZSGÁLAT	
3.1. Kérdésfelvetés.....	40.
3.2. A vizsgálat résztvevői.....	41.
3.3. Vizsgálómódszerek.....	42.

3.4. Alkalmazott statisztikai módszerek.....	45.
3.5. Eredmények	
3.5.1. A vizsgálat alapadatai.....	46.
3.5.2. A kötődéstípusok és a szülői gondoskodás alakulása a mintában.....	48.
3.5.3. A szülői gondoskodás és a felnőttkori kötődés összefüggései.....	49.
3.5.4. Az eredmények megvitatása.....	51.
3.5.5. Pszichoterápiás lehetőségek.....	55.
4. „A TEST SZÍNHÁZA” – AZ IRRITÁBILIS BÉL SZINDRÓMA KEZELÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI A PSZICHODRÁMÁBAN – CSOPORTTERÁPIÁS VIZSGÁLAT	
4.1. Az irritábilis bél szindróma pszichoterápiája.....	57.
4.2. A pszichodráma helye a pszichoterápiás palettán.....	60.
4.3. A csoportpszichoterápiák hatótényezői a pszichiátriai klinikumban.....	61.
4.4. A pszichodráma sajátosságai.....	64.
4.5. Az IBS pszichodráma-pszichoterápiája.....	67.
4.6. Esetbemutató	
4.6.1. Kinga panaszai és anamnézise.....	68.
4.6.2. Kinga többszemponú pszichodiagnosztikája és pszichodinamikája....	69.
4.6.3. A klinikai pszichodráma csoport keretei és működése.....	71.
4.6.4. A pszichodráma indikációi Kinga esetében.....	72.
4.6.5. A pszichoterápiás folyamat alakulása.....	73.
4.6.6. Összegzés.....	76.
5. AMI A TESTBEN TÖRTÉNIK ÉS ELMONDHATATLAN – ESETTANULMÁNYOK	

5.1. A hasi tünetekkel járó pánik pszichoanalitikus pszichoterápiája.	
5.1.1. A tér és az idő szakadásai, a terápiás kapcsolat viszontagságai.....	78.
5.1.2. Az érzelmeket hordozó nyelv megtalálása – munka az álmokkal.....	81.
5.2. A szomatizációs tünetegyüttes kezelése a pszichoanalitikusan orientált gyakorlatban	
5.2.1. Önkifejezés és alkalmazkodás a szomatizációban.....	91.
5.2.2. Harc a kapcsolatért, az áttétel viszontagságai.....	93.
5.2.3. Testi narratívák – ahogy a testi történés mondja el a történetet.....	95.
5.2.4. Munka az anyasággal – két álom a lezárás időszakából.....	97.
5.2.5. A terápiás változások a kapcsolati dinamika tükrében.....	98.
5.2.6. Szomatizáció és mágikus megőrzés.....	99.
5.3. Az interszubjektivitás szerepe funkcionális stresszbetegséggel küzdő gyermekek pszichoterápiájában	
5.3.1. Tamara esete.....	101.
5.3.2. Lili esete.....	106.
5.3.1. A gyermekterápiás esetek tapasztalatainak összegzése.....	109.
6. DISZKUSSZIÓ.....	111.
7. KONKLÚZIÓ.....	116.
Köszönetnyilvánítás.....	118.
Irodalom.....	119.

Bevezetés

1.1. Témaválasztás és a disszertáció felépítése

A pszichoterápiás munkám során a testi és lelki történések minden esetben párhuzamosan vannak jelen. Ennek az együttességnek vannak jobban körvonalazható és elmosódott előfordulásai. A páciensekben a feszültség csökken, ha értik, hogy milyen módon kapcsolódnak össze a testi és lelki tapasztalatok. Diagnosztizált, kezelt testi betegség esetén a veszteség feldolgozása vagy depresszióban a fizikai gátoltság felismerése kevésbé nyugtalanító számukra, mint azok a folyamatok, amikor az összefüggések nem láthatók, nem körvonalazhatók. Az orvosilag megmagyarázhatatlan testi tünetek, krónikus állapotok jellemzően ilyenek, amikor nem segít a betegségtudat, az elfogadás, mert klasszikus, biomedikális értelemben nincs jelen betegség. Ezeknek az állapotoknak a feszültsége gyakran központi kérdés a pszichoterápiában. Dolgozatomban ennek a küzdelemnek eredek utána, amit a páciens a testében megjelenő ismeretlennel folytat.

A pszichoanalitikus szemléletű pszichoterápia lehetőségeit vizsgálom a testi tünetképzés eseteiben. A kötődési tapasztalatok, a csoport mint társas közeg és diádikus helyzet jelentik a terepet, amin tanulmányozom a szomatizáció mibenlétét.

A pszichodráma a belső világot hívja színpadra, ahol a test belseje mutatkozik meg. Miközben ami eddig belül volt kívültre kerül, megtörténik az átváltozás. Az átváltozás a testi tünetképzésnek is központi folyamata. A pszichodráma a szomatizáció tükörképe, az előbbi kívültre viszi a belső történéseket, az utóbbi a külső tapasztalatokat hozza a testen belültre.

A páciensek élményvilágának a megismerése hosszú időbe telik. A pszichoanalitikus gondolkodás és értelmezési keret általában bőkezűen kezeli az időt. A tudattalan fogalmi kerete pedig jól illeszkedik a testi folyamatainkkal való kapcsolatunkhoz. A tudattalanunk olyan, mint a testünk, velünk van mindig, érezzük, de nem értjük. Egy másik emberre, kapcsolatra van szükségünk a jobb megismeréséhez. Az interszubsjektivitás az utóbbi évtizedekben elterjedő kapcsolatközpontú pszichoanalízis gondolati kerete (Mitchell 2000; Benjamin 2004). A személyközi történések a megértésben és a változásban egyaránt főszerephez jutnak. A szomatizáló pácienseket winnicotti (1971/1999) értelemben játékba hívva gyűjtöttem a tapasztalataimat. A játék az analitikus terápiákban a fantáziák és álmok tartalmával való szabad

kísérletezésre ad lehetőséget. Ez a szabadság felszabadító hatású a magukat a testük börtönében érző páciensek számára. Az addig önmagukban gyakorolt kreativitás tág teret kap.

A disszertációban fontos szerepet kapó irritábilis bél szindróma a funkcionális stresszbetegség és a szomatoform zavar határán álló fogalom. A belszervi és a lelki folyamatok együttese, mely a gasztroenterológia és a pszichiátria dialógusát szükségessé teszi a legtöbb páciens esetében. A pánikbetegség különösen a kivizsgálási fázisban hasonlóan interdiszciplináris szemléletet követel. Példákat adnak a testi és lelki történések szétválaszthatatlan összefonódottságáról. Azt a kérdést igyekszem körbejárni, hogy mi zajlik a páciensekben, miközben szembesülnek működésmódjukkal. A szomatizáció titokzatos nyelve vizsgálatom tárgya, amit páciens és pszichoterapeuta idővel egymást jobban értve beszélhet.

A pszichoszomatika ingoványos területén járok. A szomatizáció fogalma vezet át a hisztériás tünetképzésen, a neuraszténián, a vegetatív neurózison, a funkcionális stresszbetegségeken át napjaink egészségpszichológiájáig, a szomatoform zavarokig. A szomatizációt nem mint önálló kórképet, hanem, mint élménymódot és tünetképzési folyamatot tekintem. A mai pszichoszomatikus gondolkodás sokat változott a kezdetekhez képest. A biomedikális modell mellett feltűnő biopszichoszociális szemlélet Engel (1977) nevéhez köthető. Bálint Mihály (1957/1961) álma megvalósulni látszott, az embergép után megjelent önnön tudatának világában élő, egyéni módon észlelő, a társas és kulturális kapcsolatai rendszerében megérthető ember. A szomatizáció terminus elsődlegesen egy folyamatra vonatkozik, amelyben a hangsúly a testi tüneteken van, a pszichés, kapcsolati problémák tagadása, reflektivitás kerülése jellemző. Az elsődleges betegségelőny az intrapszichés feszültség csökkenése, a másodlagos a kiváltott gondoskodás (Bass & Benjamin 1993).

Freud az *Ösztönök és ösztönsorsok*ban (1915/1997) a testi és lelki közötti határon határozza meg a pszichoanalízist a biológiában lehorgonyozó ösztön fogalmát. Szerinte „az ösztönt úgy foghatjuk fel, mint határfogalmat a lelki és a testi között. Az ösztön eszerint a test belsejéből származó, és a lélekbe jutó ingerek pszichikus képviselője, egyszersmind azoknak a követelményeknek a mennyiségi kifejezője, amelyeket a testivel való kapcsolat állít a lélek elé.” (i.m. 47. o.)

A huszadik századi filozófia fenomenológiai fordulata az észlelő szubjektumot helyezi a középpontba (Vermees 2006). A test olyan eleven tapasztalat, amelynek észlelései és képességei nyitják meg az ember számára a világot, azaz testünk által rendelkezünk világtapasztalattal. A megtapasztalt testem vagyok én – hangzik a Descartes-parafrázis (Merleau-Ponty 2006).

A test feletti uralomnak, a test társadalmi szabályozásának változatos történelmi formái vannak (Foucault 1976/1996). Test és uralom, vágy és hatalom kettőse, egészség és betegség viszonya a kultúránkban alapvető diskurzusok. Az adott társadalmi rendszerek a testek, a testi folyamatok, érzetek szabályozására törekszenek, építve a tömegkommunikáció és a virtuális tér egyre táguló lehetőségeire (Erős 2010).

A betegség, a beteg lét soha nem neutrális, reprezentációja, nyelve, jelentése van, amelyek érzelmi és kognitív síkon egyaránt személyes és társas konstrukciók termékei (Csabai & Molnár 2009). A betegségekhez kapcsolódó testi fájdalom sokdimenziós tér terminusaival definiálható, melyben a páciens lokalizálni próbálja fájdalma jellegét. A fájdalomélmény a gondolatokat, érzéseket, félelmeket, jövőképet egyaránt befolyásolja (Melzack & Wall 1965).

A szomatizációval társuló viselkedések, a hirtelen hangulatváltások és a fokozott kontextus-érzékenység a korai életszakasz szabályozási módjára emlékeztetnek. A beteg konkrét panaszai a pillanatnyi élethelyzettel interakcióban alakulnak (Fordyce 1988). Az elsődleges gondozótól való elkülönítés eredményeként a szoros, korai kontaktusból eredő összes gátló és izgató szabályozó hatás megszűnik, új mechanizmusok lépnek életbe, a veszteség élménye komplex, mintázott válasszá alakul. A korai tárgyvesztés hosszú távú hatást gyakorol a viselkedés alakulására és a betegségekre való hajlamra. A szeparációt és a tárgyvesztést viscerális szinten éppúgy átéljük, mint pszichológiai szintén a szomorúság formájában (Hofer 1996). A stresszkutató Selye János a vészreakció koncepcióhoz csatlakozva a készenléti állapot betegségei között említi a funkcionális zavarokat (Selye 1946). Az állapotrosszabbodás kulcsa ebben a pszichofiziológiai keretben a stressz általi túlterhelődés és szabályozási zavar.

A szomatizációt mint a kötődési helyzetben értelmezhető jelenséget vizsgálom, melyben sajátos adaptív és kreatív aktivitás rejlik. A pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia a kötődési viselkedés által meghatározott kapcsolati térben zajlik. A páciens megtanítja szomatizációjának, testi tüneteinek nyelvére a pszichoterapeutát. A test nyelve a beszélt nyelvhez hasonlóan – a modern pszichoanalitikus gondolkodásban bűvópatakként jelen lévő strukturalista, lacani szemléletbe illeszthetően – az érzelmek, az implicit kapcsolati tudás és a tudattalan struktúráját képezi le (Taylor 2010).

Klinikai pszichológusként, pszichoterapeutaként, pszichoanalitikus kandidátusként felnőttekkel és gyermekekkel egyaránt dolgozom, mindkét területen gyakran már pszichiátriai előtörténet vagy gyermekvédelmi intézkedések után találkozom a pácienseimmel. A betegséggel, a testet érintő traumatikus történésekkel való munka részét képezi a

mindennapjaimnak. Ismerős a hozzájuk kapcsolódó tanácstalanság, kilátástalanság érzése pácienseimnél és magamnál is. A szomatizációval dolgozva szembesülünk a megváltoztathatatlan megváltoztatásának paradoxonjával. A testi történések uralhatatlansága jelen marad továbbra is, de a páciens jobban megismerve azok „nyelvét” kevésbé lesz kiszolgáltatott saját stresszválaszainak. A pszichoterápiát ennek tudatában kell elkezdenünk, a reményvesztettség állapotából indulunk.

A disszertáció témaválasztása az ambuláns pszichiátriai szakellátás, a pszichoanalitikus és pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiás gyakorlat szempontjából jelentős és népes betegcsoportot érint. A szorongásos és a szomatizációs zavarok kéz a kézben járnak. A testi tünetek és a szorongásos érzésvilág általában egyszerre van jelen a pácienseknél. Az irritábilis bél szindróma és a pánikzavar esetében ez súlyozottan igaz. Tüneteik jelentős átfedést mutatnak (Kircanski, Craske, Epstein & Wittchen 2009), a hasi szimptomák uralta pánik a mellkasi diszkomfort központú után a második leggyakoribb (De Masi 2004). Az IBS-ben szenvedő páciensek közül a diarés alcsoportnak pedig a váratlan hasi történések miatti szorongása gyakran a pánikállapotig fokozódik. Felmerül időről időre a differenciáldiagnosztikai bizonytalanság a két kórkép között, és nem ritka a párhuzamos diagnózis.

A pszichoanalitikus pszichoterápia hatáskutatásán korábban Gergely György professzor kutatócsoportjában dolgoztam, az irritábilis bél szindróma kutatási területén pedig Túry Ferenc témavezetésével a SE Magatartástudományi Intézetének munkatársaival működtem együtt. A két téma metszete – melynek kialakításában Csabai Márta professzor segít – a jelen dolgozat tárgya.

A disszertáció felépítése ehhez igazodik. Az elméleti bevezetést után többirányú empirikus vizsgálati anyag követi. Először egy klinikai mintán végzett kérdőíves kötődéskutatásomat ismertetem az IBS és pánikbetegség felnőtt kötődési vonatkozásairól. Ezt követi a pszichodráma pszichoterápia hatékonyságát elemző vizsgálat IBS-ben. A disszertáció gyakorlati részének második felében pszichoanalitikus szemléletű esettanulmányok szerepelnek a pánikbetegség, a multiszimptomás szomatizációs zavar és a gyermekkori szomatizáció tárgykörében.

Az eset az egyedi, az általános és a normatív között mozog: az ezekkel kapcsolatos elbeszéléseket és azok változásait reprezentálja. Ez az átmeneti jelleg és pozíció magyarázza az eset eredendően interdiszciplináris és intertextuális természetét is. A társadalomtudományokban a narratív fordulat rámutatott, hogy a valóság társas

reprezentációjának folyamata és a képzetek bonyolult szerkezetének megértése az elbeszélésekben ragadható meg leginkább (Csabai 2017).

Az esettanulmányt sokan éppen hídnak tekintik a különböző paradigmák között, mivel alkalmas arra, hogy a legkülönbözőbb nézőpontokat foglalja magába egy vizsgálat során, ezáltal alkalmazkodva a vizsgálandó jelenség komplexitásához. A pszichiátria és a pszichológia tehát olyan kettős identitású területek, ahol tudományos (biomedikális) és narratív (humanisztikus) konvenciók találkoznak a tudományos gondolkodásban és a szakmai diskurzusban egyaránt. A betegekről szóló beszámolók egyik, episztemiológiai pólusán a tudományos evidenciákon alapuló beszámolóknak, szaktanulmányokban közzétett pozitívista felvetések állnak, melyek célja a kontextusfüggetlen tudás létrehozása. A másik pólus a narratív megközelítés hermeneutikai kiindulópontja, amely jellemzően az esettörténetekben tükröződik. A klinikai esettanulmány soha nem tud teljesen megszabadulni a nyelv által közvetített érzelmi anyagától, mert mindig ott van a feszültség a páciens és a szenvedő emberi lény, a szakértői reprezentáció és szubjektum között (Csabai 2018).

1.2. Elméleti bevezető

A test a szomatizációban egyszerre cselekvő alanya és célzott tárgya történéseknek, a cselekvő és a szenvedő között helyezkedik el a keletkező potenciális térben átmeneti tárgyként. A test destrukcióját, de/konstrukcióját a potenciális térben zajló játéknak tekintem, melyben egyszerre romboló és teremtő aktivitás rejlik. A pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia áttételi és viszontáttételi folyamataiban ez zavart kelt: a páciensek bevonnak a testhatáraik körüli feszült élményvilágba, a felbolyduló mintha-térben ügyelnem kell, hogy megőrizzem állandóságom és a pszichoterápia kereteit.

Winnicott (2004) gyermekorvosként indult pályáján, felnőtt- és gyermekanalitikusként megőrizte gondolkodásában az anya és a gyermek eleven kettősét. Elméleti megfontolásai mindig a gyakorlati tapasztalat közelében maradnak, metapszichológiai modellt nem alkotott. Az átmeneti tárgy elképzelése is kézzel fogható, egyszerre vonatkozik valóságos és belső tárgyakra. A test és a testkép hasonlóan valóságos és belső tapasztalat. A korai kapcsolatból kiemelkedő, a világgal az anyán keresztül ismerkedő gyermek kapcsolatba kerül új tárgyakkal, melyek a régi, az első tárgy jegyeit hordozzák számára. A régi és az új találkozása, a mintha

élményének kezdete. A testtel való foglalkozás hasonlóan a jól ismert és az ismeretlen határán mozog. A már ismert test és a változások által újat hozó test egy és ugyanaz. A betegség során a testhez való viszony megváltozik, a szomatizáció ennek egy esete. Olyan mintha betegség lenne, vagy az is, vagy nem is az: mozgósítja az átmenetiség tapasztalatát.

A test az alábbi Winnicott-ábrába illeszthető az illúziókból kialakuló átmeneti tárgyként. Kapcsolati képződménnyé válik, mely magán viseli a tudattalan fantáziák és a korai tárgykapcsolati viszonyok (Segal 1997) lenyomatát. Egyszerre kapcsolati termék és kapcsolatszabályozó. A test a pszichoterápia potenciális terében olyan jelentések hordozója lesz, mint az anya-gyermek diádban az átmeneti tárgy. Önmagán túli tartalmak kapcsolódnak hozzá, a korai kapcsolat és a későbbi kapcsolatok lenyomata egyaránt megjelenik rajta.



Figure 1

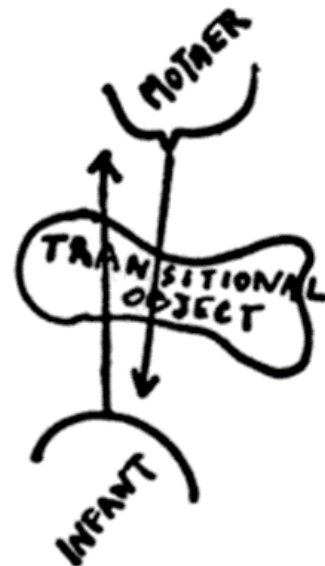


Figure 2

1. kép (Winnicott, 1953, 92.o.) az átmeneti tárgy helye az anya-gyermek diád tárgykapcsolati terében

A testi betegség tárgykapcsolati olvasatban a depresszív pozíciót (Segal 1997) illetve a veszteséggel, szeparációval szembenező gyászmunkát helyettesítő folyamat, melyben az elrejtőzés vágya erősebb az új kapcsolati lehetőségek felfedezésének örömenél. A test határainak megbontása, a test természetes életének válsága rombolja az időélményt, összemossa a múltat és a jelent, elhomályosítja a jövőt (Fischbein 2017). A páciensek kreativitása a változás tagadásának szolgálatába szegődik, példáját adva a fokozott szeparációs szorongással való együttélésnek.

A pácienseimnél a testük körüli események töltik be a máskor fantáziákkal, verbalizálható áttételi képződményekkel benépesülő átmeneti teret. A test nyelve a kötődési helyzetekhez kapcsolódó érzelmek, az implicit kapcsolati tudás, a tudattalan fantáziák tartalmait képezi le (Lyons-Ruth 1998). Destruktív, szadisztikus képzetek, álomrészletek árulkodnak arról, milyen szorongásokat igyekszik uralni a páciens, ha a fenyegető, elfogadhatatlan fantáziavilág helyett a testével történetekre koncentrál (Fischbein 2011). A személyiségfejlődés korai zavarából fakadóan hiányos én-struktúrát korrekatív módon a testi élmény szervezi és horgonyozza le. A megbetegedett test hordozza a korai anya-gyermek kapcsolat traumáit, és nyújt egyszerre vigaszt a pregenitális szexualitás izgalmainak felébresztése által.

Az élet legkorábbi szakaszában ez az interperszonális lelki jelenség a csecsemő kellemetlen tapasztalatairól (és az anyának a gyermek szorongására adott érzelmi válaszáról) való közös álmódás formáját tölti. Az anya merengő (reverie) lelkiállapotban befogadja a csecsemő elgondolhatatlan gondolatait és elviselhetetlen érzéseit (amelyek nem különülnek el számára a csecsemő szorongására adott saját reakcióitól (Bion 1962). Ezáltal közös szubjektív teret hoznak létre Winnicott (1956) „elsődleges anyai belefeledkezésnek” nevezi, Ogden (1994) interszubjektív „analitikus harmadiknak”. Ebben a térben az anya, érettebb személyisége és álmódásra való képessége folytán, magára vállalja a csecsemő elgondolhatatlan élményeinek átélését. A gyermek benyomásait, amelyekről nem tudott álmodni, amelyek elgondolhatatlanok voltak számára, anyja olyan formában közli vele, amelyeket már sajátjának érez, és álmodni tud róluk. Hasonló interszubjektív folyamat zajlik az analitikus kapcsolatban és az intim kapcsolatokban.

A nyelv előtti, a verbálisan kifejezhetetlen élménytartomány vezetett az elsődleges verbális pszichoterápiákban ahhoz, hogy az álmokat és az álmodozást hívjam segítségül. A reverie Bion (1962) által bevezetett fogalom, az egyszerre befogadó és átalakító, merengő anyai

állapotot igyekeznek megragadni. Az anya ilyenkor projektív és introjektív módon lép kapcsolatba csecsemőjével, érteni és értelmezni igyekeznek annak kaotikus belső állapotait (befogadja béta elemeit), majd pedig visszatükrözni neki a saját tapasztalatát órára (a béta elemeket alfa elemekké alakítja). A reverie állapotában a pszichoterapeuta felidézhető tartalmak az interszubjektív mezőben, az analitikus harmadik (Ogden 1994) helyén jelennek meg az interszubjektív térben, a közösen átélt élményvilág leképezésében segítenek. A pszichoterapeuta reverie állapota először zaklatott, elárasztják a páciens megmunkálatlan testi állapotai és tudattartalmai, azaz béta-elemei, ez a küzdelem képződik le benne.

A páciens a beteg testével egyszerre kapaszkodik, mert figyelmet követel, és igyekeznek elszakadni azáltal, hogy uralmat gyakorol teste felett (Hermann, 1943/1984). A saját test az anyai összeolvadás helyzetében jelenik meg, gyakran veszélyes, romboló pozícióban. Testét a páciens az anyai tárgy elvesztésének drámáját felidézendő használja, a veszteség a testi szenvedés formájában jelenik meg. Az elvesztett anya hiánya, nem-léte a létező anyához hasonlóan kötődési felületet ad, melynek „domborzatát” a hiány formálja (Lombardi, 2011).

Az áttételi-viszontáttételi folyamatok szintjén az átmeneti tárggyá váló test „nyughatatlan harmadikként” jelenik meg kapcsolatunkban, amivel elkerülhetetlenül foglalkoznunk kell (Pénzes 2019). A betegséggel küzdő test mint burjánzó átmeneti tárgy elárasztja a páciens és a pszichoterapeuta élményvilágát, gátolja az új átmeneti jelenségek szabad képződését, ezáltal a gyógyulás folyamatát. Gaddini (1978) az átmeneti jelenségek negatívját látja a testi tünetképzésben. A fantáziák a testben, a testtel összekapcsolva keletkeznek, a veszteség nyomán a tárgy közelsége így lesz megidézhető. A gyötrődő, beteg test nemcsak szimbolizálja az anyát, hanem preszimbolikus módon, a pszichés ekvivalencia (Segal, 1997) szintjén maga lesz az anya. A terápiás cél a fantáziák, kapcsolatok, a jelen realitás életre keltése, a test áldozatból cselekvővé, örömforrássá változtatása, az önromboló testi metaforák elválasztása a testtől.

2. A szomatizáció, az interszubsztívitás és a kötődés elméleti összefüggései

2.1. „Der geheimnisvolle Sprung”: a pszichoszomatika alapproblémái

A „titokzatos ugrás”: így jellemezte Freud írásaiban a testi tünet megjelenését az intrapszichés feszültségek következményeként. Az aktuálneurózisok és a pszichoneurózisok elkülönítése illetve a konverzió-modell a hisztéria megközelítésében lehetőséget adott addig nehezen értelmezhető testi tünetek magyarázatára. A freudi álomelmélet és konfliktus-teória egyaránt a konverzió pszichodinamikájának logikáját követi. Az asszociációs láncok és utalások fedik fel a kapcsolatot a manifeszt és latens tudattartalmak, az érzelmi ambivalenciák, a testi és a pszichés történések között (Bronstein 2011). A tüneti szint a pszichopatológiában – ahogy az álommunkában az álomhomlokzat – önmagában nem ad kielégítő támpontot a teljesebb igényű diagnózishoz és a pszichoterápiás munkához. A tünetek háttérében zajló pszichés folyamatok megismerése vezetett el a pszichodinamikus gondolkodásban a többsíkú érzelmregulációs- és szorongásmodellekhez (Aisenstein 2010).

A szomatizáció biopszichoszociális megközelítései többszemponútú pszichoszomatikus elméletek, melyek visszanyúlnak a freudi teóriákhoz, a személyiségre jellemző pszichopatológiai folyamatok és nem a szervspecifikusság felől közelítenek a testi tünetek felé (Katz 2010). A mai biopszichoszociális szemlélet a somatoform tünetcsoport zavarait szerteágazó, mégis egymással összekapcsolódó kórképeknek tekinti, melyek közös jellemzője a szomatikus tünetek viselkedésszervező és pszichés struktúraképző ereje (Tiringer és mtsai 2021).

Az alábbiakban röviden vázoló a pszichoszomatikus szemlélet jellegzetességeit a nyugati orvoslás történetében (Benke 2009). Hippokratész mint a rendszerező orvostudomány ismert alapítóinak egyike a harmóniát helyezte dinamikus emberképe fókuszába (követve a pitagoraszi, herakleitoszi dialektikus filozófiai hagyományt). Az emberi test és lélek állandó kölcsönhatását az egységre törekvés és a stabilitás megőrzésének célja jellemzi. Elméletében kiemelt fontosságú négy nedv harmonikus aránya a testi-lelki egészség feltétele, relatív koncentrációjuk a hippokratészi négyfaktoros személyiségelmélet keretét adja – megelőlegezve a modern személyiséglélektan három-, négy és ötfaktoros elméleteit. A komplex, test-lélek paralellizmust hirdető szemléletmód a mai napig az integratív megközelítések mintapéldája.

A középkori medicina a test és lelki történéseket a keresztény kultúrától áthatva transzcendens, transzperszonális perspektívából elemezte. Ez feltételezhetően hasonló volt, a magukat ma holisztikusnak definiáló megközelítésekhez. A szentek cselekedeteiről szóló legendáriumok által leírt csodálatos gyógyulások feltehetően ennek a komplex, sokszor igen szuggesztív és hatékony megközelítésnek voltak köszönhetőek. A felvilágosodás, a boncoló, rendszerező anatómia forradalma a test és lélek különválasztását szorgalmazta, Descartes filozófiájában *res extensa* és *res cogitans* kategóriái jól tükrözik ezt a szemléletet. A tudat és termékei külön metafizikai tartományban értelmeződnek, mint a test történései, kapcsolatuk nem képezi vizsgálat tárgyát. Spinoza ugyanakkor monisztikusan, egy rendszerben igyekezett megragadni az emberi élményvilágot. Szemlélete fontos előfutára az egységben gondolkodó modern pszichoszomatikus emberképnek (Fischbein 2011).

Az intézményesülő orvosi ellátás idején, a XIX. és XX. század fordulójának kultuskórképe, a hisztéria háttérében álló pszichés folyamatok leírása új megközelítésbe helyezte a test-lélek problémát (Császár 1980). A francia Charcot klinikáján belül színházat épített az akkor hisztériásnak tartott, egyébként feltehetően széles, zömében pszichiátriai spektrumban diagnosztizálható betegek köré. A hisztéria nozológiai besorolása és diagnosztikus leírása a szintén francia Briquet nevéhez fűződik. A híres, hírhedt bemutatókon megfordult a fiatal bécsi neurológus, Sigmund Freud is, aki nem sokkal később Josef Breuerral radikálisan új módszerrel igyekezett gyógyítani őket. A hisztériások szcénikusan látványos tünetei a neurológiai demonstráció és egyfajta színházművészet keverékei voltak. Az ebben az időszakban születő modern mélylélektani gondolkodás hermeneutikai szemléletet vitt a pszichopatológiába. Nem akarták megfeleltetni a tüneteket valamilyen konkrét, körülírt etiológiának, hanem a tünetek által bemutatott drámát és történetet meghallgatva, feltárva a páciens egyediségére koncentráltak. A születő pszichoanalízis alapvető kihívása tehát az egyedi páciens megértése, ami ab ovo időben hosszadalmas, tartalmilag töredékes, empirikusan nehezen vizsgálható, tudományosan hiányosan konceptualizálható, mégis messzire mutató ambíciókat hordoz.

Freud és Ferenczi követői határozták meg a XX. század első évtizedeinek pszichoszomatikus gondolkodását. Groddeck (1932) vezette be regresszív konverzió fogalmát, mely öndestruktív jellegéből fakadóan rokonítható Ferenczi hisztériás materializáció modelljével: az én számára tudatos szinten elfogadhatatlan tartalmak testi szinten jelennek meg. A tudatból kiszoruló, agresszív, destruktív intrapszichés események szomatikus szinten jelennek meg. A szomatopszichés egységet tükrözi Ferenczi tanítványának, Alexandernek a

klasszikus pszichoszomatikában paradigmikus „vegetatív neurózis” és „tudattalan betegségválasztás” fogalma, mely a személyiségfunkciókat köti össze a vegetatív folyamatok szabályozásával (Csabai 2010).

A vegetatív neurózis tünetei Alexander (1950/1990) szerint nem jelentenek konkrét kísérletet egy specifikus elnyomott érzelem kifejezésére, hanem meghatározott érzelmi állapotok élettani kísérőjelenségei. „A vérnyomás-emelkedés düh hatására nem vezeti le az affektust, hanem az a düh lefolyásának fiziológiai komponense, hasonlóképpen a fokozott gyomornedv termelődés a táplálkozás iránti vágyakozás következtében nem kifejezése vagy levezetése ennek az érzésnek, hanem a gyomor adaptív előkészítése a táplálék bekebelezéséhez.” (i.m. 35.o.) A vegetatív neurózis akkor keletkezik, ha az emocionális feszültségi állapotok fiziológiai velejárói a feszültséget levezető, kifelé irányított cselekvés elmaradása miatt maradnak fenn. Így magyarázható például az emésztőszervi fekélyképződésnél, hogy második lépésben a reverzibilis, funkcionális tünetek irreverzibilis szervváltozásokhoz vezetnek. A cselekvés elmaradása feloldatlan preverbális konfliktusokból származik, a még kevésbé differenciált pszichés struktúra mellett dominánsak a testi reakciók. Alexander ennek alapján meghatározott élettani reakciómódokhoz specifikus konfliktushelyzeteket rendel, modellje betegség-specifikus pszichodinamikus konfliktusteória.

Az énszichológiát a pszichoszomatikába bevezető Ammon archaikus énbetegségeknek definiálja azokat a zavarokat, melyben a testi vagy testinek tűnő betegségek fokozott pszichés relevanciával rendelkeznek. A személyiségfejlődés zavarából fakadóan hiányos én-struktúrát a testi tünet stabilizálja, pótolva az én kevésbé reprezentált élménykomponenseit. A pszichoszomatikus betegség a szorongásos állapot ekvivalense, egyben annak elnyomására hívatott védve a személyiséget, az én-élményt a dezintegrációtól (Ammon 1979).

Uexküll és a Heidelbergi Iskola a pszichoszomatikus zavarokat a stresszel járó készenléti állapot betegségeinek tekinti (Hoffmann & Hochapfel 2000). Veszélyhelyzetben az emóciók testi készenléti helyzetbe fordulnak át. Az élettani készenléti állapot fennmarad és súlyosodik, ha nem következik be a cselekvés, a fekélyképződés, a magasvérnyomás betegség ennek a folyamatnak a mintapéldái. A készenléti állapot zavarainak alapja a személyiségfejlődésbe ágyazott, nem specifikus motivációs konfliktus. A konverziós szindrómák ezekkel szemben kifejező betegségeknek tartja. Hátterüket tiltott motiváció és vágy képezi, a belső tiltások jelentésteli és helyettesítő cselekvéseket eredményeznek.

Narratív szempontból a betegség a beteg élettörténetébe ágyazódik, a pszichoszomatikus patológia olyan történés, mely a felidézett múlt és az elvárt jövő kontextusában, hermeneutikusan értelmezhető. Az érzékszervi működések és a kognitív aspektusok közvetítik és befolyásolják a betegségélményt, amit a páciens kommunikál a gyógyító kapcsolatban (Taylor 2010).

A páciensek élményvilágában a testi diszkomfort-érzés, a fájdalom képviseli a realitást, melyben tehetetlenek, kiszolgáltatottnak érzik magukat. A tárgykapcsolat-elméletek fogalmi rendszerében jól megragadható testi vonatkozások egyszerre értendők szimbolikusan és egyszerre utalnak valós szervekre, testrészekre. A kleini szemléletben a test a korai kapcsolati események színtere. Az anyamell, az anyai test és a kisgyermek saját teste között zajló drámai események a szomatikus tapasztalat felől haladnak a pszichés reprezentációk felé. Az üldöztetés, az elveszettség élménye eredendően a testet érő frusztrációkból és a test megsemmisülésétől való félelemből táplálkozik (Klein 1928/1999). A paranoid-szkizoid és depresszív tartalmak először a testi átélés szintjén jelennek meg, később a tárgyállandóság elérése által válnak a testi tapasztalatok érzelmileg releváns lelki történésekké. A szomatizáló beteg az érett tárgykonstancia és a szimbólumalkotás előtti szinten kommunikál, amikor a testi események nem többretegű jelentésükben, hanem önmagukban, konkrét fizikai valójukban jelennek meg (Kohutis 2008).

A Párizsi Pszichoszomatikus Iskola első generációja (Marty, David, M'Uzan) a „mechanikus gondolkodás” és az „esszenciális depresszió” leírásával az önkifejezés nehézségeire fókuszál. Az érzésáryalatok kifejezésének, a releváns jelentéseknek a korlátait jelentik a mechanisztikusan használt nyelvi kódok. Az érzések megnevezhetetlensége, explicitté nem tétele mellett a páciensek testi élete igen intenzív: a szomatikus szenzációk szinte folyamatos ingerlést jelentenek (Green 2010).

Sifneos és Nemiah alexitímia-elmélete (1970; 1976) az angolszász szakirodalomban terjedt el a hetvenes évektől mint deficit alapú teória. Azok a páciensek tekinthetők alexitímiásoknak, akik nem tudják kifejezni, megfogalmazni érzéseiket – ez a testi érzések szintjén lokalizációs nehézségeket jelent. Pszichoterápiás kompetenciáikat behatárolja, hogy nehezen képesek szabad asszociációra („speechless mind”). Elsődlegesen testi tüneteikkel vannak elfoglalva, kevésbé tudják értelmezni azok érzelmi, indulati mozgatórugóit. Ez a teória jól kifejezi a kölcsönös meg nem értés által beárnyékolat kapcsolatokat, köztük a viszontagságos orvos-beteg kapcsolat interperszonális jellegzetességeit (Aisenstein 2010).

A Párizsi Iskola második generációja (McDougall, Aisenstein, Stora) Janet disszociációs elméletét értelmezte újra pszichoanalitikus keretben. Ez a megközelítés sokáig háttérbe szorult: a freudi analitikus hagyományon alapuló elhárító működések keretében modellezték a tünetképzés folyamatát. A testi tünetektől szenvedő, nehezen verbalizáló páciensek disszociált élményvilága a tudatosság irányából expliciten nem hozzáférhető, lehasadva, elkülönülten, implicit módon létezik (Green 2010).

2.2. A szomatizáció kérdése a pszichoanalízisben

A szomatizációs kórképek megértése a kezdetektől kihívást jelent a pszichodinamikus gondolkodás számára. Freud hisztéria-elmélete alapozta meg a pszichoanalízis kibontakozása idején a testi működések szerepének vizsgálatát a lelki folyamatok reprezentánsaként. A Ferenczi-tanítvány Alexander (1950/1990) erre építve dolgozta ki a pszichoszomatika meghatározó paradigmáját.

A kortárs pszichoszomatikában a Párizsi Iskola mechanikus gondolkodás-modellje és az angolszász alexitímia-koncepció a kommunikációs deficit („speechless mind”) felől közelít, a kötődési-adaptív szemlélet ellenben a szomatizáló páciensek sajátos adaptivitását, testi önkifejezését és produktivitását hangsúlyozza („speaking body”). Az önkifejezés lehetősége a pszichoszomatikus tünetekben szinte határtalan: a páciensek családjuk, orvosaik és önmaguk előtt „viszik színre” előadásukat, melynek főszereplője a testük. A kötődési megközelítések szerint a testtel való kommunikáció a preverbális időszak működésmódjait idézi. A testi működések az anya-gyermek kapcsolat elsődleges szabályozói a születéstől a nyelvi önkifejezési formák differenciált megjelenéséig. Az internalizált bizonytalan kötődési munkamodellhez vagy a traumatikus veszteséghez társuló testi tünet az alkalmazkodást szolgáló, kreatív aktusként értelmezhető, melyben a páciens a saját testét használja azoknak a tartalmaknak a kifejezésére, melyeket más úton nem tud megosztani kapcsolataiban. Joyce McDougall dolgozta ki a testi tünetek szcenikus értelmezésének lehetőségét – munkásságában egyéni módon ötvöződik a Francia Iskola és kötődési megközelítés (Green 2010; Bronstein 2011).

„A traumatikus nyelv az álmok vizuális nyelvének verbális változata; a szavak, metaforák, hasonlatok és szimbolikus megfeleltetések; a bensőséges, de bensővé mégsem vált

tárgyak státuszával rendelkeznek; és inkább válnak az érzés, mintsem a jelentés kifejeződéséivé.” – írja Juliet Mitchell (1999, 61.o.) a Trauma, felismerés és a nyelv helye című tanulmányában. A dolgozat későbbi fejezeteiben traumatikus események után kezdődő szomatizációs tünetképzés esetében vizsgálja az álmokkal való munka lehetőségét pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiában. A traumatizált test érezhető, de nem érhető nyelvéhez az álmok nyelve vitt közelebb. A szomatizációban a nyelvről a testre átruházott jelentésadási folyamat így lett megfordítható: az álmok nyelve volt a közvetítő a test nyelve és a testről leváló, újra jelentéstelivé váló nyelvhasználat között.

A szomatizációs kórképek hátterében álló szabályozási zavarok a preverbális időszak neurofiziológiai viszonyait idézik. Külső és belső stressz-forrásokból eredő megterhelés esetén egyaránt jellemzőek a funkcionális szindrómák, mint sajátos alkalmazkodási kísérletek. A korai kötődés prereflektív élményanyaga képezi az alapját a későbbiekben az érzelmi életben előforduló traumák feldolgozásának. A reziliencia mértéke a korai kötődési mintázatnak, közelség- és támogatáskereső viselkedési és kapcsolati eszköztárnak a függvénye (Mauder, Hunter 2001).

A kapcsolati viselkedés a pszichoszomatikus és a szomatizációs zavarok keletkezésében és kórtörténetében a korai kötődési tapasztalatok és a személyiségfejlődés kereteibe ágyazott. A kötődési helyzetet alapjaiban befolyásoló korai veszteségek általános jellemzőit, s a későbbiekben ráépülő tipikus tünetegyütteseket, longitudinális emlősvizsgálatok által igazolják (Hofer 1994, 1996). A korai gondozási helyzet, az anya-gyermek diád interakciói élettani és viselkedéses szinten egyaránt hosszú távú hatást gyakorolnak az egyedre. A korai veszteség élménye módosítja a gátlás és izgalom normál mintázatát, sajátos válaszkészlet alakul ki. Ez fokozza a későbbi stresszhatások esetén a vulnerabilitást.

Interperszonális kapcsolataink alapját reprezentált vagy tényleges testi kapcsolat képezi. Minden testi történés ezáltal kapcsolatszabályozóként működik. A testtel való kommunikáció dominanciája a preverbális időszak működésmódjait idézi. A testi működések (mozgás, vokalizáció) az anya-gyermek kapcsolat elsődleges modulátorai a születéstől a nyelvi önkifejezési formák differenciált megjelenéséig – és szerepük a későbbiekben, a verbalitás dominanciája mellett is megmarad (Stern 1985/2002).

2.3. Az aktuálneurózis freudi fogalma és reneszánsza

A szomatizáció és a pánikbetegség diagnosztikus kategóriáit Freud bár nem használta, a hozzájuk kapcsolható pszichopatológiai jelenségek ismertek voltak számára. Nehezen analizálhatónak tartotta a velük küzdő pácienseket. Retrospektív szemlélettel közelítve a freudi terminológiában egyaránt aktuálneurózisnak nevezhetők. Az intrapszichés feszültség a freudi pszichoneurózissal ellentétben nem talál szimbolikus feldolgozási lehetőséget, kiutat (Webster & mtsai 2020). A testi tünetek és a szorongásos állapotok rohamszerűen jelennek meg, elárasztják a pácienszt, szimbolizációs működések nem vagy csak kismértékben jellemzik. Képzetek, azonosított érzelmi állapotok először csak esetlegesen kapcsolódnak a tünetekhez (Verhaeghe, Vanheule 2005, 2007). Az aktuálneurózis, mint nehezen kezelhető, disszociatív állapot gyakran visszatér Freud neurózis koncepcióiban (1917/1986). Freud a kevés elfojtás mellett felszínre törő, elsődleges szorongásról (ilyen a pánik) és a szorongás szomatikus ekvivalenséről, az elhárításokról szóló korai műveiben ír először, majd a neurózisok általános ismertetéseiben újra és újra kitér rájuk: „... az aktuális neurózis tüneteinek, a fejben érzett nyomásnak, a fájdalomérzésnek, egy szerv izgalmi állapotának, egy életműködés csökkenésének vagy gátlásának nincs értelme, nincs lelki jelentősége. Nemcsak, hogy elsősorban a testen mutatkoznak, mint például a hisztériás tünetek, hanem maguk is teljesen testi folyamatok...” (Freud 1917/1986, 315-316.o.). Ez a szemlélet jellemzi Alexander vegetatív neurózis koncepcióját (Alexander 1950/1990), melyben a testi tünetek nem egy specifikus, hanem bármilyen érzelmi történés, izgalmi állapot velejárói lehetnek.

Az aktuálneurózisok a freudi megközelítés szerint nehezebben analizálhatók, mint a pszichoneurózisok. A reflektív működések, a mentalizáció zavara miatt a pszichoszomatikus zavarokkal küzdő páciensek kommunikációját az operacionális gondolkodás (Marty 1968; Green 2010), az alexitímia (Nemiah & Sifneos 1970) és hullámzó hatásfokú mentalizáció (Fonagy & Target 1997) jellemzik. Szomatizációs zavar és a pánik kialakulásának esélye sokkal nagyobb, ha eredendően aktuálneurotikus struktúráról beszélhetünk. Ez a szerveződés magában foglalja a hozzá vezető kötődési zavart, mediáló tényezőként az alexitímiát mint specifikus mentalizációs deficitet. Az alexitímia az elaboratív folyamatok hiányán alapul, a kognitív folyamatokat és az érzelmi szabályozást egyaránt érinti. „Az aktuális neurózisnak három tiszta formáját különböztetjük meg, ezek a neuraszténia, a szorongásos neurózis és a hipochondria ...az aktuális neurózis tünete ugyanis gyakran a pszichoneurotikus tünet magva és előfoka...

(az aktuálneurózisok) annak a homokszemnek a szerepét játsszák, amelyet a kagylóállat gyöngyházanyag rétegeivel vont be” (Freud 1917/1986, 317-318.o.).

Az alábbi dinamikus koncepcióval Freud az 1970-es években kibontakozó, kötődés- és csecsemő kutatásokra építő pszichoszomatikus klinikai gyakorlat és elmélet felé mutat (McDougall 1989; Green 2010). Az aktuálneurotikus folyamat „... a valóságban adott tünetet hamarosan mindazoknak a tudattalan fantáziáknak a hordozójává teszi, amelyek csak arra lestek, hol keríthetnének megfelelő kifejezési eszközt a hatalmukba.” (Freud 1917/1986, p. 319.o.).

Az alexitímia-fókuszú megközelítés (Nemiah & Sifneos 1970; Nemiah, Freyberger & Sifneos 1976) az érzések megfogalmazásának hiányosságára fókuszál. Mint deficit-alapú modell, elfedi annak lehetőségét, hogy a testi tünetben meglássuk az önkifejezés sikertelen kísérletét. Bucci (2007) „többszörös kód elméletében” a deszomatizáció folyamatát vázolja. Szerinte az emocionális sémák kisgyermekkorban nonverbális formában fejlődnek, szubszimbolikus (szenzomotoros, perceptuális) és korai szimbolikus tartalmaik egyaránt vannak. A nyelvfejlődéssel a verbalitás is beépül a sémákba. A szubszimbolikus rendszer analóg módon szervezett, a verbális hierarchikusan, a logika szabályai szerint. A fokozott stressz és a traumák hatására az érzelmi tapasztalat csak lazán kapcsolódik a képekhez és szavakhoz, elsősorban szomatikus benyomások és kevésbé differenciált szenzomotoros élmények szintjén tárolódik. Bucci szerint a szomatizációs tünetképzés során azok a szubszimbolikus reprezentációk aktiválódnak, amelyek vagy soha nem kapcsolódtak a szimbolikus reprezentációkhoz, vagy leváltak azokról (deszimbolizálódtak). Ebből adódik, hogy a szomatizáló személy szavak helyett a testi tünetet választja belső küzdelmei bemutatására. A szomatizációs tünet disszociációt jelent a szenzomotoros aktiváció, a belső tárgyképzetek és az emocionális sémák között.

Az aktuálneurotikus páciensek elsősorban testi tüneteikkel vannak elfoglalva, elkerülik, hogy önmagukról, érzéseikről, emlékeikről gondolkodjanak. Ez irányú eszköztelenségük együtt jár gyakran azzal, hogy kapcsolati életükben meg nem értettnek érzik magukat (Marty 1968). Mindez felveti a korai szülői tükrözés hiányosságait: belső állapotaiknak gyakran nem, vagy inkonzisztens módon tulajdonítottak jelentést szüleik (Gergely & Watson 1998). A tükrözési folyamatok hiányosságai jellegzetesen a bizonytalanul kötődő anya-gyermek pároknál gyakoriak. A világról szerzett információk közös feldolgozásának hiányosságai bátortalaná teszik a gyermeket az explorációiban és a nyelvi szimbolizáció fejlődésében. Ennek az oka, hogy figyelme nagy részét a nem elégségesen ráhangolódo szülővel való foglalkozás köti le.

Az aktuálneurotikus szerveződés a poszt-traumatikus zavarok kialakulásának is gyakran jelenti a talaját a csökkent kapacitású narratív feldolgozás miatt (Verhaeghe & Vanheule 2007).

A nyelvfilozófia szállóigéje szerint: „Amiről nem lehet beszélni, arról hallgatni kell” (Wittgenstein 1919/1989, 81. o.). A pszichoanalitikus gondolkodás az elbeszélhetetlenségre és a hallgatásra irányul. Ami elmondhatatlan, az ott lebeg a dialógusban, nemcsak nyelvészeti, hanem tárgykapcsolati terminológiában fogalmazva is az alany és tárgy között. Ezt a köztes, lebegő tartományt jelöli Kristeva (1982) abjekt-fogalma, mely szerint az abjekt nem alany és nem tárgy, hanem a kettő között helyezkedik el. Az önkifejezési zavar, ami a szomatizáló pácienseket jellemzi a diagnosztikus és terápiás folyamatban, strukturálisan-nyelvileg nehezen megragadható. Kristeva megközelítésében az abjekció folyamata nem tiszteli a rendszert, a határokat, a szabályokat, inkább köztes és kettős természetű. Kristeva szerint a libidó csapongása által a test kiterjesztésének lehetőségei végtelenek. Ebből táplálkoznak a test határaival kapcsolatos szorongások, amik jellemzőek a köztes, egyszerre testi és testen kívüli tárgyak vonatkozásában. A táplálkozás, a testvadászatok kérdése és a szexualitás az abjektképződés három kiemelt területe, a testi betegség mindegyiket befolyásolja. A testbe jutó vagy a testhez valaha tartozott tartalmak mágikus viszonyban maradnak a testtel, jellemző módon nem választhatók külön tőle. A „szocializált test” a társadalomhoz tartozást, abba belesimulást fejezi ki. Az abjekció által tisztul meg a test a devianciáitól, betegségétől, ellentmondásos vágyaitól. A test kollektív reprezentációk és fantáziák színtere, határai, betegsége, egészsége kulturális rituálék által biztosított (Kristeva 2014).

Az aktuálneurózis és pszichoneurózis mint diagnózisok, illetve az elfojtás és disszociáció mint dinamikus elhárítások esetében szintén köztes helyre kerül a szomatizáció. Láthatjuk benne a köztesesség mibenlétét, ami nem csak a halmazokon kívül van, de egyben kapcsolatot is teremt közöttük (Webster & mtsai 2020). A freudi analízis főáramából kiűzött Janet szelleme a francia mélylélektani gondolkodásban nem szűnt meg kísértetni: a nem konfliktus és elfojtás alapú elhárítások és védekezések, a disszociatív énfunkciók megjelennek a Párizsi Pszichoszomatikus Iskolában (Gottlieb 2003). Az élményfeldolgozásban nem reflektált szigetek képződése éppúgy magyarázható a lelki ökonómiát szolgáló disszociatív működéssel, mint az elfojtások rendszerével (Green 2010). A csecsemőkutatások a korai érzelmszabályozásban találták meg ennek fejlődési megfelelőjét. A szomatizációban a tünetképzés útja disszociációs és elfojtásos elhárítással egyaránt modellezhető. Freud, Ferenczi, Melanie Klein valamint a freudi és janet-i örökséget integráló Joyce McDougall gondolataira támaszkodom elsősorban az alábbiakban.

2.4. A tünet mint azonosulás Freudnál és Ferenczinél

Freud (1894) pályája kezdetén pszichofizikai és élettani alapon közelített a tünetképzéshez. A kialakulás mechanizmusa trauma-alapú, leíró fogalma a konverzió. „A konverzió lehet részleges vagy teljes. Azokat a motoros vagy szenzoros beidegzéseket követi, amelyek – közvetve vagy közvetlenül – kapcsolódnak a traumatikus élményhez. Ily módon az én meg tudja szabadítani magát az ellentmondástól, azonban cserébe egy olyan emlékezeti szimbólummal terhelődik meg, ami a tudatban talál magának szállást parazitaként, feloldhatatlan motoros beidegzés vagy állandóan fellépő hallucinatórikus érzés formájában, és mindaddig fennáll, míg ellenkező irányú konverzió nem jön létre.”

A testi szinten is megnyilvánuló tünetet mint azonosulást tárgyalja Freud az Álomfejtésben (1900/1985). „Az azonosulás a hisztériás szimptomák mechanizmusának felette fontos mozzanata: ezen az úton érik el a betegek, hogy nemcsak saját, hanem számos más ember élményeit is kifejezhessék szimptomáikban... egy színjáték valamennyi szerepét egymagukban, személyes eszközeikkel alakítsák... az azonosulás a félt szimptóma megvalósításával végződik; az identifikálás tehát nem egyszerűen utánzás, hanem elsajátítás... „éppúgyot” fejez ki, és a tudattalanban maradó valamilyen közösségre utal.” (Freud 1900/1985, 113-114.o.).

Freud felismerte, hogy a hisztériás számára a testi tünet egyfajta nyelvi pretext, fájdalmasan jelzi a háttérben munkáló traumatikus történetet. A tünetben olyan jelenet sűrösödik, ami soha nem dolgozódott fel a nyelvben (Csabai, 2007). Szcenikus szemléletében a pszichoszomatika francia iskolájában a tárgykapcsolati és a strukturalista gondolkodást ötvöző Joyce McDougall (1989) a nyelvi kódok testi történésekre, színjátékokra való felcserélhetőségét elemzi. A hallgató, elhallgató, érzelmi tartalmak kifejezését kerülő páciensek helyett testük mondja el történetüket. A közös, érzelmeket hordozó nyelvnek a megtalálásában segíthet a pszichoterápiás folyamat nyújtotta interszubjektív élmény. A páciens megtanulja a nyelvet mint érzelmi tartalmak lehetséges hordozóját, kifejezőjét használni.

A tünet helye a tudatos, tudattalan és testi tartományban más és más. A nem tudatosuló érzések, affektív állapotok testi nyomot hagynak. A vitalitás affektusok (Stern 1985/2002) módosulnak, hordozzák és leképezik a traumát, annak nyomán változik a kontúrjuk. Az így

módosult vitalitás affektusok gondolatokhoz hasonlóan koherens érzelmi valóságot képviselnek, a test szorongató gondolataivá válnak. A test azok tudatosulása előtt azonosul az érzésekkel és gondolatokkal, az álmhoz hasonlóan megjeleníti azokat. A test megjelenítő, teremtő képessége Ferenczi terminológiájában a materializáció.

Ferenczi A hisztériás materializáció jelenségei (1920/1982) című tanulmányában Freudhoz hasonlóan párhuzamot von az álom és a testi tünetképzés között. A szomatikus történéseket ő materializációnak nevezi. A hallucinatorikus vágyteljesülés az álom jellemzője, a szomatizációban nem képződik párhuzamos álomvalóság, hanem a testi szervek, testi szövetek reagálnak a keletkező regresszív állapotokban. Ennek a folyamatnak a sajátos tudati leképeződései a modern, André Green-i (2010) terminológiában negatív hallucinációk, melyek a nem tudatosuló traumaismétlés mentén keletkeznek, nem verbalizálható testi élményekként: „... (Az álomban) a vágyteljesülés tisztán hallucinatorikus; a motilitás alvás közben meg van bénítva. Ellenben a materializációs jelenségnél úgy látszik még mélyebbre visszanyúló regresszióról van szó; a tudattalan és tudatképtelen vágy itt nem elégszik meg a lelki észrevevő szerv érzéki ingerlésével, hanem átugrik a tudattalan motilitásra is. Ez azt jelenti, hogy topikus tekintetben a regresszió itt a lelki szerkezet oly mély rétegéig hatolt alá, ahol az ingerületi állapotok még nem úgy intéződnék el, hogy azok lelkileg, habár csak hallucinatorikusan is, megszállatnak, hanem úgy, hogy az ingerület egyszerűen motorikus úton vezetődik le” (Ferenczi 1920, 236-237.o.).

A pszichoanalízist a kezdetektől átható evolucionista, darwini hagyomány és fejlődéstani gondolkodás alapján Ferenczi az alkalmazkodás kérdését feszegeti a testi tüneteknél: hogyan szolgálja mindaz, ami történik, az egyed túlélését. A test szenvedése az intrapszichés feszültség csökkenéséhez vezet, a pszichés konfliktus helyén testi fájdalom keletkezik: „... az alkalmazkodás még nem a külvilág megváltoztatásával, hanem magának a testnek az inger szerint módosuló megváltoztatásával történik. Ha Freuddal fejlődéstani kérdésekről beszélgetünk, ezt az ősi stádiumot autoplasztikusnak szoktuk nevezni, szemben a későbbivel, az alloplasztikussal... a reflexfolyamat a lelki szerkezetnek nemcsak példányképe, hanem ősi fejlődési foka is, amelyre még a legmagasabb lelki komplikáltság is hajlandó visszaesni... ami itt történik, nem más, mint a lelkiség visszaesése egy protopszichikus állapotra.” (uott. 237-238. o.).

Az autoplasztikus alkalmazkodás egyik formája az álmodás is, amikor nem történik környezetre irányuló cselekvés, intrapszichés aktivitásunk mégis fokozott. Jellemzően az álom alkotja azt a pszichés közeget, ami érzékenyen módosul a keletkező affektív állapotok hatására.

A testi szövet és az álm nyersanyaga hasonlóak: mindkettő teret ad a tudatosulás előtt leképeződő élményeknek, ezáltal a tudattalannak.

Ferenczi a Patoneurózisok (1920/1982) című tanulmányában összekapcsolja a testi és lelki történések dinamikáját: „... a megsebzett vagy megbetegedett testrészeken nemcsak a fehérvérsejtek sereglenek össze chemotaktikusan, hogy reparáló tevékenységüket kifejtsék, hanem ott a többi szervek készleteiből nagyobb libidómennyiség is halmozódik fel.” (i.m. 261. o.). A libidó jelenléte utal a vágyteljesülés szerepére a testi tünetképzésben. Az elhárítás mögött jelenik meg a rejtett vágyteljesítő funkció. Ferenczinél a vágyteljesülés mögött általában olyan erő húzódik, ami törekszik trauma, a veszteség előtti állapot visszaállítására (Pénzes 2020).

2.5. A szomatizáció a klinikumban

A mai szomatizáció fogalom kiindulópontja Lipowski (1968) definíciója, mely szerint a szomatizáció „tendencia pszichológiai állapotok vagy lelki tartalmak testi élmények, funkcionális változások vagy szomatikus metaforák formájában való átélésére, konceptualizálására vagy kommunikálására” (413.o.) Később a szerző kiemeli a negatív diagnózis jelleget, amely szerint a szomatizáció a „testi panaszok és tünetek megélése, közlése, testi betegségnek tulajdonítása és orvosi segítség keresése patológiára utaló vizsgálati eredmények hiányában” (Lipowski 1988, 1359.o.)

A szomatizáció fogalma olyan dualisztikus felfogáson alapul, amely szerint a szomatikus tünetek az élmények érzelmi kifejeződése helyett jelennek meg. Ennek a felfogásnak az a terápiás implikációja, hogy a páciensnek be kell helyettesítenie a distressz szomatikus kifejezését az érzelmek nyílt szóbeli megfogalmazásával, mégpedig két okból: egyrészt azért, mert ez a pszichológiai idióma bizonyos értelemben pontosabban reprezentálja mind az élményét, mind a helyzetét, másrészt mivel az érzelmek verbalizálása az intrapszichés és interperszonális problémák jobb megoldását teszi lehetővé (Kirmayer, Young 1998).

A csecsemőkutatások és a kötődésvizsgálatok új lendületet adtak a testi szintű énszerveződés elemzésére. A korai identitásélmény kialakulásában saját test, a szenzomotoros funkciók kongruens észlelése pszichés biztonságot jelent. A testi működések zavarai az énészlelésben is konfúziót okoznak. Stern (1985/2002) szelffejlődési szakaszai olyan

szomatikus eredetű önérzékleteket, testi kontaktus nyomán megszilárduló interperszonális mintákat mutatnak, melyek egész életünkben fennmaradnak (ezeket írja le a vitalitás affektus, a mozgáskontúr, a protonarratív boríték fogalma). A bontakozó-, a mag- és a szubjektív szelférzések a verbális fejlődési szakaszt megelőzve a testi és implicit tapasztalatok mentén szerveződnek, a verbalitás adta explicit önreflektív lehetőségeket még nem hordozzák. Ennek a korai szelférzésekből felépülő, elsődlegesen implicit módon megközelíthető testi énnak a betegségei a szomatizációs zavarok (Katz 2010). Olyan énszerveződési és kommunikációs szinten zajlanak, mely a preverbális időszakban dominál, de bármelyik későbbi életszakaszban újra meghatározóvá válhat („speaking body”). A kötődésemlekek a testi tünetekkel kísért szorongó és elkerülő kapcsolati viselkedést adaptív kényszermegoldásnak tekintik, melynek célja a nyomasztó érzelmi tartalmaknak az énélménytől és az interakcióktól való távol tartása (Lyons-Ruth és mtsai, 2004).

A Párizsi Iskolát, a tárgykapcsolati és kötődési szemléletet ötvöző Joyce McDougall (1989) szemléletében a tünetek narratív és dramatikus aktusként értelmezhetők („the body tells the story”) – segítik a korlátozott nyelvi önkifejezés adta szűkös reflektív lehetőségeket. Ha a páciens nehezen tud beszélni az érzéseiről, arra figyelünk, milyen történeteket „mesélnek” el a testi tünetei. A testi tünetek töltik be a más esetekben fantáziákkal benépesülő átmeneti teret. Esetleírásaiban destruktív, perverz, szadisztikus képzetek, álmrészletek árulkodnak arról, milyen megterhelő intrapszichés tartalmakkal nem kell szembenézni a páciensnek, ha a fenyegető, elfogadhatatlan fantáziavilág helyett testi tüneteire koncentrálnak. Ezek fokozott érzelmi igénybevételt jelentenek a klinikai értelemben is jelentős szenvedést átélőknek. A tünetek pszichológiai értelmezhetőségének és a szenvedés elbeszélhetőségének kérdését vizsgálja. Bár a tünet nem létezik a hozzá kapcsolódó szimbólumok és reprezentációk nélkül, de nincs állandó, önmagában vett jelentése sem. A tünet potenciállal bír a jelentés kialakítására, képes változó jelentéseket felvenni. A pszichés megélés és a testi percepció között folyamatos, kölcsönös kapcsolat van, melyet a háttérben zajló tudattan folyamatok biztosítanak.

McDougall (1989) szerint normopátiás viselkedés jellemzi a szomatizáló pácienseket, nem mutatnak neurotikus jegyeket, hanem fenntartanak egy pszeudo-normalitást, amit a mentális dezorganizáció, az identitás elvesztése, a megőrülés és a súlyos szenvedés elleni védi őket. Az alexitímiában nem kapcsolódik össze a testi tünet a lelki problémával, a fantáziatevékenység gátolt, a páciens „a jelentés tönkretételével” védekezik. Fejlődépszichológiai nézőpontból tekintve gyakori, hogy a gyermek az intruzív szülői jelenlét miatt nem képes individuális szelfje és teste birtoklására. Ekkor egyetlen lehetősége marad, a

pszichés nemlétezését kell elfogadnia ahhoz, hogy független lény lehessen a szüleitől. A súlyos testi tünetek, a pszichózishoz és az addikciókhoz hasonlóan utat kínálnak a szabadság felé.

A páciens figyelmét hangsúlyosan a testi történésekre irányítja, melyeket kórosnak minősít. Az így létrejövő tünetattribúció interperszonális, szociális és kulturális meghatározottságú, és jól körülírható betegszerepet épít ki (Kulcsár 2004). A reszomatizáció folyamata zajlik és teljeseedik, melynek során a páciens a testi tüneteinek uralma alá kerül. Az énefejlődés korábbi állomásai során a testi működések reprezentációját, a nyelvi fejlődés kiindulópontját adó deszomatizáció iránya fordul meg, a korai működések térnek vissza az élmény-és viselkedésszervezésben (Schur 1955).

A szomatizáció hagyományosan kizáró diagnózis, melyben vagy egyáltalán nem sikerül fellelni organikus etiológiát, vagy a kimutatható patomechanizmus nem igazolja a fennálló pszichés szenvedést. Ez rombolja az orvos-beteg kapcsolatot, rontja a konstruktivitását, idejekorán pszichiátriai rendelésre küldik a szomatizáló páciens, aki bizalmát veszítve gyakran eltűnik a kezelések útvesztőjében. Olyan kommunikációs kör alakul ki, melyben mind az orvos, mind a beteg saját inkompetenciáját érezteti a másikkal: az előbbi a szakmait, az utóbbi a saját testével kapcsolatos (Katz 2010).

A kölcsönösen destruktív helyzet megelőzhető, ha a szomatizációs tüneteket – a kötődési paradigma szerint az anya-gyermek diádból származtatva – a kapcsolatszabályozás eszközeinek tekintjük. A szomatizáló beteg kommunikációs próbálkozásait olyan stresszreakciók, melyeket korábbi csalódásai és frusztrációi indukálnak. Ennek fiziológiai alapja, hogy a szomatizáló páciensek a kedvezőtlen élethelyzetekre szenzitivációval reagálnak, ami félreértések forrása lehet a terápiás kapcsolatban (Kulcsár 2004).

A francia gyermekanalitikus Françoise Dolto (1971/2013) tudattalan testkép fogalma a testi érzékelések többretegűségét implikálja, a tudattalan klinikai értelmezési lehetőségeit a testi tartományra is kibővíti. Ez a rejtőzködő testkép a pszichoterápia során lassan, a halmozódó tapasztalatok nyomán mutatkozik meg. Homályos eredetű testi tünetek hívják fel a figyelmet jelenlétére, a páciens-pszichoterapeuta diád közös jelentésadási munkája segítheti titokzatos és fájdalmas részeinek a leleplezését (Erdélyi 2013). A később ismertetett pszichoterápiás eset példázza a valóságos és fantáziált, a tudatos és tudattalan testkép elemeinek kaleidoszkóp-szerű keveredését, a korai kötődési tapasztalatok és a későbbi traumák összegződő hatását az önészlelésre.

A testi tünetek repetitív természetűek: éppen ismétlődésük tűnik fel a tőlük szenvedőknek és környezetének. Az ismétlés szerepe a gyermekjáték (unokája játéktevékenysége, „fort-da Spiel”) megfigyelése nyomán körvonalazódott Freud elméletében. „A beteg nem tud a benne elfojtottakra teljesen visszaemlékezni, talán éppen a leglényegesebbekre nem, így nem győződhet meg a vele közölt konstrukció helyességéről. Viszont kénytelen az elfojtottat jelen élményként megismételni, ahelyett, hogy – amit pedig az orvos szívesebben látna – a múlt egy részeként emlékébe idézné” (Freud 1920/1991, 30. o.).

A testi tünetek a tudattalan szintjén szerveződnek, a tudatos folyamatok szintjén tapasztalható ellenállás nem vonatkozik rájuk. Ami nehézséget jelent a velük való pszichoterápiás munkában az elsősorban értelmezési nehézségük – sajátos „nyelvezetük” az álmokéhoz hasonló.

A testi tünetek énidegenek: a szomatizáló páciensek jellegzetesen erős és sokrétű ellenállása ebből fakad. Az ellenállás kezelésében új perspektíva nyílik. „Hogy ezt az ismétlési kényszert, mely a neurotikusok pszichoanalitikus kezelésénél megnyilvánul, jobban megérthessük, meg kell mindenekelőtt szabadulnunk azon tévedéstől, mintha az ellenállások legyőzése közben a tudattalan ellenállásával kellene megküzdeni. A tudattalan, azaz az elfojtott, egyáltalán nem tanúsít ellenállást a kúra fáradozásaival szemben, hisz ő maga is épp arra törekszik, hogy a ránehezedő nyomás alól tudatra juthasson, vagy a reális cselekvés által való levezetéshez elérhessen.” (Freud 1920/1991, 31-32. o.).

2.6. Kötődés és interszubsztivitás a szomatizációban

A pszichoszomatika kihívása, hogy a szociális, a pszichológiai és a fiziológiai tényezőknek a betegségek kifejlődésében, lefolyásában és kimenetelében játszott szerepét vizsgálja, és az alapján biztosítsa a páciensek komplex kezelését (Wise, Baez_Sierra & Pradhan 2011). A biopszichoszociális paradigma szerint a biológiai, a pszichoszociális és a kulturális tényezők együttesen hatnak az adott betegség klinikai kialakulásában és lefolyásában. A kórfolyamatok egyidejű sejt-, szövet, szerv-, interperszonális és környezeti interakciók következményének tekinthetők – genetikai és pszichés hajlamosító tényezők talaján (Drossman 1998).

A kötődésemélet integratív módon a biopszichoszociális változók mindegyikével számol. A biológiai adottságok és a környezeti faktorok szerepét egyaránt hangsúlyozza az érzelmi élet és kognitív funkciók differenciálódásában (Pietromonaco, Uchino & Dunkel Schetter 2013). A pszichoszomatikus zavarok pszichofiziológiai és pszichodinamikus szemlélete integrálható a kötődésemélet mentén. A kognitív-viselkedésterápiás és a pszichoanalitikus protokoll egyaránt hivatkozik azokra a szabályozási zavarokra, melyek a patológiás kötődés talaján bontakoznak ki (Uher 2010).

A kötődésemélet és -kutatás eredendően a gyermek és szülője közötti kapcsolati történések leírásából, elemzéséből indult ki (Bowlby 1969). Később alkalmazhatónak bizonyult a serdülő- és felnőttkori párkapcsolatok tanulmányozásában, a pszichoszociális fejlődés, az interperszonális mintázatok, az érzelemszabályozás, a stresszel való megküzdés és lelki egészség vizsgálatában (Hunter, Maunder & Lan Le 2016).

A pszichopatológiában is egyre szélesebb körben használják a kötődési paradigmát: a bizonytalan kötődés a lelki zavarok általános eredőjének bizonyul, az egyes kórképek fejlődés-pszichopatológiai elemzésében kulcsfontosságú korai tényező (Láng & Nagy 2013). Ebből következik, hogy a kurrens pszichoterápiás módszerek általános célkitűzése a kötődési biztonság fokozása (Mikulincer & Shaver 2012). A kötődési zavar nyomán nem lineáris úton alakulnak ki az egyes pszichopatológiai állapotok, hanem közvetítő tényezőkön keresztül (Sroufe, Carlson, Levy & Egeland 1999).

Az egyes pszichopatológiai kórképek mögött álló jellegzetes kötődési mintázatok és az azokból adódó sérülékenység és plaszticitás feltérképezése a kezelési formák kiválasztásához ad fontos támpontokat. A felnőtt kötődési paradigma illeszkedik az anya-gyermek kötődés tipológiájához, a narratív-önéletrajzi emlékek kutatásához és harmadrészt az internalizált, belső munkamodell Bowlby-tól eredő koncepciójához, mely hidat képez a dinamikus és kognitív elméletek között (Hámori 2015).

A gyermekkori kapcsolati félrehangolásból származó (mikro)traumák nyomán kialakuló bizonytalan kötődés vezet ahhoz kapcsolati működéshez, amely a szomatizáló pácienseket jellemzi. A bizonytalan kötődési stílus a hozzá kapcsolódó maladaptív sémákkal az a faktor, ami a korai kapcsolati zavarok és a későbbi pszichoszomatikus sérülékenység közötti láncszem lehet (Waldinger, Schulz, Barsky & Ahern 2006). A bizonytalan kötődés és a szomatizáció között mediáló tényezőnek bizonyul a harag megélésének és kifejezésének módja.

A felnőtt kötődési stílus pedig a korai szülői gondoskodás és pszichopatológiai tünetképzés között mediál (Liu, Cohen, Schulz & Waldinger 2011).

A biztonságos kötődési tapasztalatok nyomán kialakuló biztonságos bázis („secure base”) olyan belső munkamodell, mely segít a családon kívüli társas világ felderítésében is. A biztonságosan kötődők bátran támaszkodnak környezetükre stresszhelyzetekben, érzelemszabályozásuk stabilabb és probléma-megoldásaik kompetensebbek (Bowlby 1988). Feeney, Noller & Hanrahan (1994) összefüggést találtak a szülői bánásmód és a kötődési stílus között a szorongás illetve társas közelség keresése és elutasítása dimenziókban egyaránt. Eredményeik szerint a gondoskodó szülői bánásmód és a túlvédéstől való tartózkodás korrelál a biztonságos kötődéssel. A szorongás/nyitottság és az elkerülés/közelségkeresés dialektikája által meghatározott, felnőttkorra stabilizálódó kapcsolati viselkedésrepertoárt és az ahhoz kapcsolódó érzelmi hangoltságot térképezik fel a felnőttkori kötődést vizsgáló eljárások.

A kötődés szerepe a pszichoszomatikus és a szomatizációs zavarok keletkezésében és kórtörténetében a korai tapasztalatok és a személyiségfejlődés kereteibe ágyazott. A kötődési helyzetet alapjaiban befolyásoló korai tárgyvesztés jellemzőit tárgyalja Hofer (1994; 1996). A korai gondozási helyzet, az anya-gyermek diád interakciói élettani és viselkedéses szinten egyaránt hosszú távú hatást gyakorolnak az egyedre (szubhumán és humán szinten egyaránt). A korai veszteség élménye módosítja a gátlás és izgalom normál mintázatát, új, eltérő válaszkészlet alakul ki fokozva stressz esetén a vulnerabilitást.

A bizonytalan kötődés és a stresszbetegségek közötti korreláció háttérben álló mechanizmusok három folyamatban konceptualizálhatók. Az első összefüggést a stresszszabályozás zavara jelzi: az észlelt stressz és a fiziológiai válasz fokozott, a szociális támogatás keresése alacsonyabb arányú. A második út az önmedikalizáció, a külső érzelmi szabályozók alterált alkalmazása: fokozott rizikót jelent a szerhasználat, a táplálkozási zavar és a kockázatkereső szexualitás. A harmadik út a szociális védőfaktorok elégtelen használatából adódik: a társas kapcsolatok segítségül hívása ritkább, a kezelési utasítások betartását rombolja a bizalmatlanság (Maunder & Hunter 2001).

Az egyes pszichoszomatikus kórképek mögött álló jellegzetes kötődési mintázatok és az azokból adódó sérülékenység és plaszticitás feltérképezése a kezelési formák kiválasztásához ad fontos támpontokat. Egy későbbi, esetelemző fejezet célja a visszatérő hasi fájdalomban (recurrent abdominal pain, RAP) és anorexia nervosában (AN) szenvedő gyermekpáciensek játéktérápiájának interszubjektív szempontú elemzése. Patológiás kötődési

előzmények nyomán kezdődő pszichoszomatikus tünetképzés eseteiben vizsgálom a közös játék lehetőségét pszichoanalitikusan orientált gyermekpszichoterápiában. A pszichoszomatikus tüneteket produkáló test szcénikusan telített, de szemantikusan és szimbolikusan nehezen érthető nyelvéhez a játékok nyelve vitt közelebb. A nyelvről a testre átruházott jelentésadási folyamat így lett megfordítható: a játékok nyelve volt a közvetítő a test nyelve és a testről leváló, érzelmileg kiüresített nyelvhasználat között. Az esetek tapasztalatai nyomán a pszichoterápiás implikációkat igyekszem megfogalmazni.

A pszichoszomatikus kórképek háttérében álló szabályozási zavarok a preverbális időszak diádikus kapcsolati viszonyait idézik. Külső és belső stressz-forrásokból eredő megterhelés esetén egyaránt jellemző a testi tünetképzés mint sajátos alkalmazkodási kísérlet. A korai kötődés prereflektív élményanyaga képezi az alapját a későbbiekben az érzelmi életben előforduló traumák feldolgozásának. A traumatizáció és a reziliencia aránya a korai kötődési mintázatnak, közelség- és támogatáskereső viselkedési és kapcsolati eszköztárnak a függvénye (Maunder & Hunter 2001).

Interperszonális kapcsolataink alapját reprezentált vagy tényleges testi kapcsolat képezi, a testi történések ezáltal kapcsolatszabályozóként működnek. A testtel való kommunikáció dominanciája a preverbális időszak működésmódjait idézi. A testi működések (mozgás, zsigeri működések, vokalizáció) az anya-gyermek kapcsolat elsődleges modulátorai a születéstől a nyelvi önkifejezési formák differenciált megjelenéséig – és szerepük a későbbiekben, a verbalitás dominanciája mellett is megmarad (Stern 1985/2002).

Pszichoszomatikus esetekben az intrapszichés feszültség nem talál szimbolikus feldolgozási lehetőséget, kiutat. A testi tünetek és a szorongásos állapotok rohamszerűen jelennek meg, elárasztják a páciens. Képzetek, azonosítható érzelmi állapotok először csak esetlegesen kapcsolódnak a tünetekhez. A reflektív működések zavara miatt a pszichoszomatikus páciensek kommunikációját az operacionális gondolkodás (Green 2010), az alexitímia (Taylor, Bagby és Parker 1991) és hullámzó hatásfokú mentalizáció (Fonagy és Target 1997) jellemzik. A mentalizáció fókuszú pszichoterápia abban segít, hogy a testi állapotok bevonhatók legyenek az önmagunk és társaink mentális állapotairól való gondolkodás körébe, ezáltal a testi történések szintjén a reflektív és narratív folyamatok nagyobb teret nyerjenek. Ezáltal csökken a páciensek kiszolgáltatottság érzése, kommunikációs zavara és elszigeteltsége (Luyten & Fonagy 2016). A mentalizáció alapú pszichoterápia túlmutat Sifneos és Nemiah (1970; 1976) alexitímia-elméletén. A páciensek, akik elsődlegesen tüneteikkel vannak elfoglalva, képessé válhatnak értelmezni azoknak érzelmi, indulati mozgatórugóit. A

nyelvi és kommunikációs deficit csökkenhet, ez javítja a pácienssel való dialógust, kölcsönös meg nem értés által kevésbé árnyékolja be interperszonális kapcsolatokat.

Pszichoszomatikus betegség kialakulásának esélye sokkal nagyobb, ha eredendően alacsony fokú reflektivitásról beszélhetünk. Ez a szerveződés magában foglalja alapjaiban a kötődési zavart, arra épülő mediáló tényezőként az alexitímiát mint specifikus mentalizációs deficitet. Az alexitímia az elaboratív folyamatok hiányán alapul, a kognitív folyamatokat és az érzelmi szabályozást egyaránt érinti. Ugyanakkor az alexitímia-fókuszú megközelítések elfedik annak lehetőségét, hogy a testi tünetben meglássuk az alkalmazkodás, az önkifejezés sikertelen kísérletét (Bucci 2007).

A szomatizáló páciensek elsősorban testi tüneteikkel vannak elfoglalva, elkerülik, hogy önmagukról, érzéseikről, emlékeikről gondolkodjanak. Ez irányú eszköztelenségük együtt jár gyakran azzal, hogy kapcsolati életükben meg nem értettnek érzik magukat. Mindez felveti a korai szülői tükrözés hiányosságait: belső állapotaiknak gyakran nem, vagy inkonzisztens módon tulajdonítottak jelentést szüleik (Gergely & Watson 1998). A tükrözési folyamatok hiányosságai jellegzetesen a bizonytalanul kötődő anya-gyermek pároknál gyakoriak. A világról szerzett információk közös feldolgozásának hiányosságai bátortalanná teszik a gyermeket az explorációiban és a nyelvi szimbolizáció fejlődésében. Ennek az oka, hogy figyelme nagy részét a nem elégségesen ráhangolódo szülővel való foglalkozás köti le (Fonagy & Target 1997).

Szcénikus szemléletében a pszichoszomatika Párizsi Iskolájában a brit tárgykapcsolati és a francia strukturalista gondolkodást ötvöző Joyce McDougall (1989) a nyelvi kódok testi történésekre, színjátékokra való felcserélhetőségét elemzi. A tünet helye a tudatos, tudattalan és testi tartományban más és más. A nem tudatosuló érzések, affektív állapotok testi nyomot hagynak.

A csecsemőmegfigyelések során azonosított viselkedési egységek, a vitalitás affektusok (Stern 1985/2002) módosulnak, hordozzák és leképezik a korai kapcsolati traumatizációt, annak nyomán változik a kontúrjuk. Az így módosult vitalitás affektusok a gondolatokhoz hasonlóan koherens érzelmi valóságot képviselnek, mintegy a test szorongató gondolataivá válnak. A test már azok tudatosulása előtt azonosul az érzésekkel és gondolatokkal, működésében az álomhoz hasonlóan megjeleníti azokat. A kezdeti testképzetek és szelfreprezentációk a korai kapcsolati élményben bontakoznak ki. A testhez való viszonyunk tágabb értelemben tehát része a szelfélménynek. A szelfreprezentáció zavara mindig a testkép,

testélmény zavara is, ily módon kapcsolati, fejlődéspathológiai meghatározottsága van. A korai tükrözés hiányosságai és a traumák következtében a belső mentális feldolgozás elégtelensége a testre terhelődik. Így a testben maradt, nem mentalizálódott tudatállapotok és a testbe költözött gondozói hatások erős szabályozhatatlansággal párosulnak. Ezek a testbe zárt állapotok a szomatizációban is megjelennek, átszövik a testi percepciót, a testélményt is. Továbbá a pszichoterapeuta és páciens kapcsolatában is jelen vannak, az áttételben felerősödnek a korai szabályozó működések (Merényi 2019).

A kötődésemelvények az elkerülő kötődést és a hozzá kapcsolódó hiányos vagy ambivalens kommunikációs viselkedést olyan sajátosan adaptív kényszermegoldásnak tekintik, melynek célja a nyomasztó ingulatok és érzelmi tartalmak tudattól és a kapcsolati eseményektől való távol tartása (Fonagy & Target 1997). A hiányos mentalizálás a bántalmazó, elhanyagoló, nem szenzitív szülői környezetben a gyermek önvédelmét szolgálja: a másik érzéseire való ráhangolódás túlzottan megterhelő lenne számára az őt traumatizáló szülőjével alkotott diádban.

2.7. Az interszubjektív pszichoanalitikus szemlélet és a kötődésemelvény közös bölcsője: a Budapesti Iskola

Az anya-gyermek kapcsolat mint kölcsönös ösztönhelyzet felveteti annak a lehetőségét, hogy a kapcsolat az élettani szükségleteink közé sorolható. Ferenczi Sándor a *Katasztrófák a nemi működés fejlődésében* című tanulmányában (1924/1997) kapcsolatot feltételez a szexualitás mint ösztönkésztetés és az anyára irányuló kapcsolatkeresés között. A thalasszális regresszió elmélete a szexuális természetű és az anyához kapcsolódó vágyakat kapcsolja össze. A szexuális aktus viselkedéses szempontú elemzése az anyai testbe való visszatérés vágyát kapcsolja a férfi- és (az azonosulás által) a nő nemi tevékenységéhez. Az anyaölbe való visszatérés vágyát elemzi részletesen a kor evolúciós érdeklődésének megfelelően filogenetikus párhuzamokat keresve.

A freudi libidóteóriát és a freudi-abrahami pszichoszexuális fejlődési ívet kétirányúvá tevő tanulmány ráirányítja a figyelmet az anyára. Az anya itt a korai duális helyzetben megjelenő, preödipális anya: nem kapcsolódnak tabuk és tilalmak a rá irányuló vágyakozáshoz, közelsége, a vele való kontaktus elemi igény, önmagában nem hordoz feszültséget és

ambivalenciát, mint az ödipális anyaélmény. Az érett genitális szerveződés ezek szerint magában foglalja a legkorábbi ösztönhelyzetet, sőt célja annak felidézése, részleges reprodukciója.

A tanulmány néhány évvel Freud (1920/1991) kettős libidóelmélete után született. Ferenczi gyakran idézi a „Túl az örömelven” megállapításait. A halálösztön nála egy korábbi (nem feltétlenül élettelen), az anyához közeli állapothoz való visszatérés formájában jelenik meg: „...a halál is az anyaöregresszióhoz hasonló vonásokat mutat, mint az alvás és a közösülés. Nem hiába temetik a primitívek halottaikat embrionális guggoló helyzetben és nem lehet véletlen a halál és a születés szimbolikájának azonossága az álmokban és mítoszokban.” (Ferenczi 1924/1997, 32. o.) Terminológiájában a nehezen lefordítható „Regressionszug” fejezi ki ezt a visszavágó, visszahúzó impulzust. Ferenczi tézise a fejlődés és a visszatérés dinamikus kettőségére vonatkozik: „...minden fejlődésnek ez az útja: először egy aktuális feladathoz való alkalmazkodás, azután a lehető legmesszebb menő helyreállítása a kényszerűen feladott kiindulási helyzetnek.” (i.m. 24.o.) A modern fejlődépszichológiai elméletekben hangsúlyozott exploratív és kötődési viselkedés dialektikus kettőségét előlegezi ez: a biztonságos anyához való visszatérést mint az az új ingerek keresése melletti másik alapszükséglet, az asszimiláció és az akkomodáció váltakozását az ismeretszerzésben.

A tanulmány zárógondolataiban a biztonságos kötődésben rejlő lehetőség a kreativitásra és produktivitásra is felvillan: „...ugyanaz az erő, mely regresszióra ösztönöz, progresszív irányúvá válik, az alkalmazkodás értelmében.” (i.m. 119.o.) A kötődési zavarra épülő pszichopatológiák magukban hordozzák a kapcsolati fejlődés képességnek a deficitjét, a pszichoterápiák ennek a kibontását, fejlesztését tűzik ki célul.

Ferenczi tanítványi csoportjához tartozó Hermann Imre (1943/1984) fejtette ki először részletesen a megkapaszkodási ösztön elméletét (Sich-Anklammern – Auf-Suche-Gehen). Csecsemőmegfigyelés, főemlőskutatás, az antropológia és a folklorisztika képezte az alapját annak az anyagnak, amire az elméletalkotása támaszkodott. „Az ember gyermeke ezek szerint nemcsak képes volna a megkapaszkodásra, hanem neurológiai adottságainak alapján szükségletének is érzi a megkapaszkodást. A nyugati kultúra területén a gyermeket az ösztönszerű hajlamhoz viszonyítottan időnek előtte leszakítják az anya testéről... A megkapaszkodás szükséglete mindazonáltal továbbra is fennmaradt, és kívánja azt az őállapotot, amelyben anya és gyermeke még elválaszthatatlan kettős egységben élt.” (Hermann 1943/1984, 46.o.)

A megkapaszkodás és elszakadásra törekvés ösztönpár ugyanannak a törekvésnek a két megnyilvánulása. A freudi halálösztönt, a kleini elméletben leírt korai agresszív-destruktív törekvéseket Hermann nem tekinti eredendő készletésnek, hanem másodlagosak: a kötődési csalódás vagy veszteség nyomán indukálódnak. „Az elszakadásra törekvést reakcióképződésként, a megkapaszkodás ösztönének elhárításaként, de egyszersmind a passzívan elviselt erőszakos elszakítás ismétléseként kell felfognunk.” (i.m. 118.o.) Az agressziót a szeretetkapcsolatban átélt frusztrációkból vezeti le ebben az időszakban a brit Ian Dishart Suttie is (*The origins of love and hate*, 1935). A tárgykapcsolat elméletek közegében képződött, a pályája elején elhanyagolt, veszélyeztetett gyerekekkel foglalkozó Bowlby műveiben hivatkozik Hermannra és Suttie-ra mint elődeire (Kaechele 2010). A kötődési viselkedésre épülő fejlődés- és személyiségelméletekben a társas libidó helyét a kötődés foglalja el, kiindulásnak, alapvető ösztönhelyzetnek az anya-gyermek diád élményvilágát tartják, az embert kapcsolatban megérthető lénynek tekintik.

Geyskens (2003) szerint Hermann áthidalja a freudi ösztöntan és a kötődéselmélet közötti elméleti szakadékot. Az emberi viselkedés biológiai meghatározottságát és a pszichopatológiai jelenségeket szerves egységben kezeli, ezzel az ezredvégi evolúciós pszichológia előfutárává válik. Továbbá az időbeliséget másodlagosnak tekinti az emberi személyiség vizsgálatában, fejlődéselmélete nemlineáris, körkörös. A hermanni megkapaszkodási ösztön az ismétlési kényszer és a halálösztön kötődési alternatívája. A természetes fejlődés és a személyes történet kapcsolata összefonódik a gyermeki szexualitásban és a korai traumatizációban. A kapcsolati kiszolgáltatottság az emberi csecsemő természetes adottsága.

A korai anya-gyermek kapcsolat preödipális és primitív jellemzői Bálint Alice (1939/1999) műveiben kerülnek kifejtésre. A regresszió központi jelentősége az egyén lelki életében és a pszichoterápiában tükröződik Bálint Mihály klinikai tapasztalatokon nyugvó újratekzés koncepciójában (1932/1999). Mindketten Ferenczi tanítványai voltak.

Bálint Mihály a klinikum felől közelítve az „újratekzés” jelensége által mutatott rá a tárgyakhoz való elsődleges viszonyulás, a passzív tárgyszeretet természetére. Ilyen esetekben a páciens nem szeret, de vágyik a szeretetre. Követeli, hogy környezete elégítse ki szexuális, libidinózus vágyait, miközben ő várakozó és passzív marad. A kielégületlenség ilyenkor szélsőséges megnyilvánulásokat vált ki, a kielégülés ellenben nem eksztatikus, csak a kellemes jóérzés állapotával jár. A posztambivalens genitális szeretet Ferenczi terminológiáját követve aktív tárgyszeretnek nevezhető, gyökerei a passzív tárgyszeretből erednek.

Bálint Mihály (1937/1999) a saját, Bálint Alice és Hermann Imre eredményeit az elsődleges tárgyszeretet elméleti és empirikus alátámasztásaként elemzi. Tárgyviszonyulás az anya-gyermek diádban a kölcsönös kapcsolati aktivitás miatt az első pillanattól megjelenik. Ennek a legkorábbi, primitív kapcsolati formának a gyökerei kimutathatók minden későbbi szakaszban. Ez az elsődleges kapcsolat ösztöncélja átfogó, nem kötődik specifikus erogén területhez, hanem önmagában álló, és ezáltal bármelyikhez bármikor kapcsolódhat. Biológiai alapját az anya-gyermek diádban fennálló ösztönös, kölcsönös függőség adja. Az egymásra hangolódás adott, kényszerűség nélkül, magában foglalva a kölcsönös kielégülés lehetőségeit. Ez a korai kötelék a civilizációnkban idejekorán megszakad, ennek következménye a fokozott megkapaszkodási törekvés, a gyermeki elégedetlenség és mohóság kulturális jelenléte. Ennek a korai tárgykapcsolatnak jellemző velejárói a pregenitális, infantilis jóérzések, melyek az anyával való egymásra találást kísérik. A kapcsolódás, megkapaszkodás megvonása, kudarc viszont heves, kitörő erejű rosszérzéséket indukál, melyek örvényszerűen mélyülő agresszivitásban, destruktivitásban nyernek kifejezést. A Budapesti Iskola szerint az agresszió erre a korai kapcsolati frusztrációra épül, és nem ösztönnek, hanem az anyai közelség-megvonás származékának értelmeződik.

A korai anya-gyermek kapcsolat interaktív természetéről nagy jelentőségű Bálint Alice tanulmánya az anya iránti és anyai szeretetről (1939/1999). Ő nem passzív, hanem primitívnek és archaikusnak tartja az elsődleges tárgykapcsolati viszonyulást. Saját anyai és más csecsemőkkel, kisgyermekkel szerzett tapasztalatai alapján megelőlegezi a csecsemőkutatások „kompetens csecsemő” képét, klinikai tapasztalatai és esetrészleteinek szempontjai az interszjektív pszichoterápiás szemléletet tükrözik.

Freud utolsó, posztumusz művében, A pszichoanalízis foglalatában (1940/1982), az anyát már autonóm ösztöntárgyként ábrázolja, az anya-gyermek diádot pedig a tápláláshoz kapcsolható, de azzal nem egyenértékű, azon messze túlmutató ösztönhelyzetnek: „A gyermek első erotikus tárgya a táplálékot adó anyamell: a szeretet érzése a táplálkozási szükséglet kielégüléséből sarjad ki... Ez az első tárgy később az anya személyévé teljeseedik ki, s ez az anya már nemcsak táplálja gyermekét, hanem gondozza is, és sok más testérzést is felkelt benne – örömteljes és kellemetlen érzéseket egyaránt... Erre a kettős kapcsolatra kell visszavezetni az anyának mint első és leghatalmasabb szerelmi tárgynak, minden későbbi szerelmi kapcsolat előképének az egyedülálló, semmihez sem mérhető, az egész életen át változatlanul fennmaradó jelentőségét – mégpedig mindkét nemből egyaránt.” (334.o.)

2.8. Budapesti Iskola szerepe a testről való gondolkodás és az interszubsztivitás hajnalán

Ferenczi a testi tünetképzést a testtel való gondolkodással azonosítja a Klinikai naplóban (1932/1996): „Azokban a pillanatokban, amikor a pszichés rendszer csődöt mond, a szervezet kezd el gondolkodni.” (37.o.) A testi történésekkel párhuzamosan az én regressziója is zajlik. A pszichoszomatikus tünetekben, akár csak a neurotikusokban a libidó és az énműködés, a „valóságérzék” korábbi fejlődési fokokhoz való regresszióját látja. A regresszió mindig én-regresszió is, visszatérés a valóságérzék korábbi fokozataihoz és az én-funkciók korábbi formáihoz (Ferenczi 1913/2000). A regresszió háttérében közös szál lehet a szeparáció vagy a szeparációtól való félelem. Rank (1927) – akivel Ferenczi szoros munkakapcsolatban állt – a születés élményéig visszanyúlva elemzi a szeparációs tapasztalatok hatását az érzelmi életre. A szomatikus és pszichés tapasztalat eredete közös, ezáltal a regresszív működések is szerteágazóak lehetnek.

Ferenczi (1924/1997) a genitalitáselméletet és a bioanalízist a szervi folyamatok szintjén is használhatónak látja. „A szervek hasznos munkát csak addig végeznek, míg a szervezet libidóigényeik kielégítéséről is gondoskodik... Ha ez megszűnik, akkor felébredhet a szervekben az összesség kárára az önkielégítésre való hajlandóság, mint ahogy a gyermek, akivel rosszul bántak, az önkielégítésben vigasztalódik... De helyi sérülések is vezethetnek az altruisztikus teljesítmény megszüntetésére és az autoerotikus folyamatok feléledésére a szövetekben.” (117.o.)

Írásaiban kiemeli a nárcizmus szerepét a pszichoszomatikában. Freud másodlagos nárcizmus koncepcióját szem előtt tartva állapítja meg, hogy a „testi megbetegedés vagy sérülés eredményezheti a nárcizmusra való – traumatikusnak mondható – regressziót vagy annak neurotikus változatát.” (Ferenczi 1917/1982, 252.o.) Ilyen módon a patoneurózisok a beteg vagy sérült szervre, élettani működésre vonatkozó (külvilágtól való) libidóvisszavonás által keletkeznek.

A pszichoszomatikus pácienseknél nem az elfojtásokat kell átdolgozni vagy módosítani a kognitív torzításokat, hanem eljutni addig, hogy létrejöjjön az az állapot (az áttétel, az elsődleges kapcsolódás, a bizalom által), melyben lehetőség nyílik a szimbolizációs folyamatok kibontakozásához (a korai anyai tükrözéshez hasonlóan). Bálint Mihály (1932/1999) az újramegzés fogalmát vezeti be a kiemelt technikai kérdések körébe. „Freud megemlíti technikai

dolgozataiban, hogy nagy csalódást jelentett számára, mikor semmi javulás sem követte közléseit, melyekkel betege előtt felfedte tüneteinek eddig elfojtott értelmét... Hiányzik... hogy a beteg lemondjon arról a sereg feltételről, amihez szeretését még mindig kötnie kell... nem elegendő, ha beteg immár... ismeri azt a traumát, mely ezeknek a feltételeknek forrása volt – hanem újból meg kell tanulnia gyanútlanul, feltételek nélkül szeretni, ahogy a gyermekek szeretnek. Ezeknek a feltételeknek levetését nevezem újrakezdésnek. Ez természetesen mindig gyerekes. A fejlődést ott kell folytatni, ahol a trauma azt eredeti irányától eltérítette.” (15.o.) A kötődési szemlélet a pszichoterápiában hasonló szempontokat vesz figyelembe.

A szomatizáció szubjektív élménye szelfpszichológiai megközelítésben hasonló a maszturbáció során átéltekhez. Mivel a szeparáció és individuáció folyamatában az autonómiát kereső gyermek nem volt képes átélni a kreatív önelhatárolás és függetlenség boldogságát kapcsolati helyzetben, ezért fordul az öningerléshez. Kísérletet tesz arra, hogy teste érzékeny zónáinak ingerlésén keresztül bizonyosságot kapjon arról, hogy létezik, hogy él (Kohut 1979). Az intenzív testi tapasztalat, akár a fájdalom hasonló módon szolgál a magára maradt gyermek számára öngazolásként. A kapcsolatban átélt érzelmek helyett, azok hiányának helyén kapnak szerepet a testi érzések.

2.9. Példa a szomatizációra: az irritábilis bél szindróma

Az irritábilis bél szindróma olyan enterális tünetegyüttes, mely alatt hasi fájdalmakhoz társuló székletürítési zavarokat értünk. A gyomor-bélrendszeri panaszokkal orvoshoz forduló fele irritábilis bél szindrómában szenved (Herold 2000). A populáció 9-23%-át érinti ez a probléma, a nőket 2-4-szer gyakrabban, mint a férfiakat. Mivel leginkább a munkaképes korosztályban jelentkezik, jelentős népegészségügyi problémát jelent (Seres & Bárdos 2006).

A központi tünet a diszkomfortérzés és a fájdalom, diaré és obstipáció külön-külön vagy váltakozhatva fordulnak elő, valamint jelentkezhet még a székletürítési zavart nem mutató IBS forma hasi fájdalmakkal (Blanchard 2001). Életminőségüket rosszabbnak ítélik meg a súlyos kimenetelű colitis ulcerosában szenvedő betegeknél, illetve a depressziós betegeknél is. Az abnormális betegségviselkedés jellegzetesen már korai életszakaszban kialakul: sok esetben a szülők megerősítik a tüneti viselkedést fokozott odafigyeléssel, traumák (gyakran szexabúzus) nehezítik a testi működések normális percepcióját (Drossman, Thompson, Talley, Funch-

Jensen, Janssens & Whitehead 1990). A kialakult betegségattitűdők jellemzői: állandó aggodalmaskodás a testi tünetek miatt, hipochondriás hiedelmek és betegségfóbia (Gomborone, Dewsnap, Libby & Farthing 1995).

Diagnosztizálását az anamnézis és a Római III. Kritériumok alapján elsősorban pozitív diagnózissal kell felállítani a korábban használatos kizárásos diagnózis helyett, mely csak a súlyos, pszichiátriai komorbiditással küzdő vagy idős páciensek esetén fogadható el (Újszászy & Túry 2000). Az ő esetükben ugyanis nagyon fontos, hogy kizárják a súlyos, életet veszélyeztető, hasonló tünetekkel jelentkező betegségeket. A költséges, sokeszközös kivizsgálás-sorozat megelőzheti a diagnózis mihamarabbi felállítása és a célzott kezelési formák kiválasztása. Fontos a páciensek szoros követése a relapszus prevenciója érdekében.

Az IBS-t funkcionális zavarnak tekinti a legtöbb diagnosztikai rendszer, hiszen radiológiailag kimutatható testi elváltozás nem kapcsolódik hozzá. A betegség gyakrabban jelenik meg olyanoknál, akiknél más funkcionális probléma is jelen van – például fibromialgia vagy krónikus fáradtság (Riedl, Schmidtman, Stengel, Goebel, Wisser & Klapp 2008).

Patogenezise bizonytalan, valószínűtlen, hogy a heterogén megjelenésű altípusok kialakulásának hátterében egyetlen tényező játszana szerepet. A fekélyek, gyulladásoos bélbetegségek tünetei igen hasonlóak hozzá, de itt strukturális elváltozás nem található (Verdu és mtsai 2006, Pimental és mtsai 2011). A bélmotilitás általában fokozottabb IBS-es pácienseknél, ennek oka ismeretlen. Összefüggést találtak a bél megnöött átteresztőképességgel (Poynard, Naveau, Mory & Chaput 1994), a szerotoninerg transzmisszióval (Atkinson és mtsai 2006).

Genetikai faktorok jelenlétét bizonyítja, hogy bizonyos családokban háromszoros a betegség előfordulása a rokonok között (Kalantar & mtsai 2003). Az átlagosnál nagyobb érzékenység mutatható ki náluk a bélfal feszülésére (Trimble & mtsai 1995). A hiperszenzitivitás egyik tényezője az endogén fájdalom moduláló rendszerek működési zavara lehet (Mayer 2000). A fokozott izgalmak, aktiváció és motoros tevékenység a kontrakciókat fokozza, a passzivitás és visszahúzóadás pedig csökkent motilitást, erősebb feszülést eredményez (Ford & mtsai 2009).

A betegségviselkedés zavarai mutatkoznak meg a longitudinális vizsgálatokban (Riedl & mtsai 2008). Olyan korai kondicionáló hatások befolyásolják a későbbi terápiaos attitűdöt, mint például a betegség szűlők általi megerősítése, kapcsolati veszteségek, szexuális és fizikai abúzus. Az IBS-ben szenvedők gyermekkorukban betegesebbek voltak, betegeseik során

fokozott szülői figyelemben részesültek, többen hiányoztak az iskolából és gyakrabban jártak orvoshoz, mint a kontrollszemélyek.

Az IBS-es páciensek a kivizsgálási fázis után gyakran kimaradnak a terápiás folyamatból, vagy pszichiátriai területre lesznek tovább küldve, köztes helyzetben találják magukat. A magukról való gondolkodásuk, betegségképük is zavart szenved emiatt: szégyellik, nehezen tudják elfogadni tüneteik pszichés eredetét (Dancey és mtsai 2009). Kezelésük során – bármilyen szakrendelésen találják is meg a helyüket – fontos hatótényező a testükkel való kapcsolatuk tudatosítása. A későbbi esettanulmány az ambuláns pszichiátria területéről származik.

Az organikus kórképektől való elkülönítés a fekélyes, gyulladós, karcinómás állapotok kizárására épül. El kell különíteni továbbá a parazitás megbetegedésektől, illetve bizonyos reumatológiai problémáktól is, melyekre a medencefájdalom miatt gondolhat a klinikus. Nők esetén gondolni kell endometriosisra, adnexitisre. Fontos, hogy IBS esetén hiányoznak a „red flag” tünetek, mint például a számottevő súlyvesztés, anémia vagy láz (Herold 2000).

A személyiségvizsgálatok és pszichopatológiai tünetleltár alapján az IBS-ben szenvedő betegek tüneteinek súlyossága a perfekcionizmus és a hatékonyság hiánya vonásokkal korrelált. A depresszív tünetek túlsúlya a hasmenéses és az alternáló típus 70%-ában, a székrekedésesek 60%-ában volt észlelhető. Alkalmazkodási zavar a gázos altípust jellemezte, a túlalkalmazkodás az obstipálókat (Gomborone & mtsai 1995).

Az IBS pszichiátriai komorbiditása magas arányokat mutat elsősorban a szorongásos és a depressziós zavarok területén. A depresszióval való együttjárás 40-60%, a szorongásos zavarokkal és poszttraumás stressz zavarral küzdők 35-45%-a szenved hasi tünetektől. A magas komorbiditás ellenére a betegek csupán kis része keres orvosi segítséget. Legtöbben megelégszenek a tüneti kezeléssel. Akiknél semmilyen tüneti javulás nem mutatkozik, jellemzően ők kerülnek a pszichiátria látókörébe (Garakani & mtsai 2003).

3. Empirikus vizsgálatok

A felnőttkori kötődés jellegzetességei irritábilis bél szindrómával és pánikzavarral küzdő pácienseknél

3.1. Kérdésfeltevés

A kötődélmélet és -kutatás eredendően a gyermek és szülője közötti kapcsolati történések leírásából, elemzéséből indult ki (Bowlby 1969; Ainsworth 1978). Később alkalmazhatónak bizonyult a serdülő- és felnőttkori párkapcsolatok tanulmányozásában, a pszichoszociális fejlődés, az interperszonális mintázatok, az érzelemszabályozás, a stresszel való megküzdés és lelki egészség vizsgálatában. A pszichopatológiában is egyre szélesebb körben használják a kötődési paradigmát: a bizonytalan kötődés a lelki zavarok általános eredőjének bizonyul, az egyes kórképek fejlődés-pszichopatológiai elemzésében kulcsfontosságú korai tényező. Ebből következik, hogy a kurrens pszichoterápiás módszerek általános célkitűzése a kötődési biztonság fokozása (Mikulincer & Shaver, 2012). A kötődési zavar nyomán nem lineáris úton alakulnak ki az egyes pszichopatológiai állapotok, hanem közvetítő tényezőkön keresztül (Sroufe & mtsai, 1999).

A gyermekkori kapcsolati félrehangolásból származó (mikro)traumák nyomán kialakuló bizonytalan kötődés vezet ahhoz kapcsolati működéshez, amely a szomatizáló pácienseket jellemzi. A bizonytalan kötődési stílus a hozzá kapcsolódó maladaptív sémákkal az a faktor, ami a korai kapcsolati zavarok és a későbbi szomatizáció közötti láncszem lehet (Waldinger & mtsai 2006). A bizonytalan kötődés és a szomatizáció között mediáló tényezőnek bizonyul a harag megélésének és kifejezésének módja (Liu & mtsai 2011). A felnőtt kötődési stílus pedig a korai szülői gondoskodás és pszichopatológiai tünetképzés között mediál (Bosmans, Braet & Van Vlierberghe 2010).

A pánikzavar komplex pszichodinamikus modellje (Shear 1993) veleszületett neurofiziológiai érzékenységgű személyeknél bizonytalan kötődési tapasztalatokból származó pszichológiai sérülékenységet feltételez. Ennek talaján későbbi életkorban a kapcsolati biztonságérzés- és a kontroll elvesztésének élménye vezet a szorongásos rohamhoz.

Ebben a megközelítésben a korai kötődési zavar és a felnőttkori kötődések krízise egyaránt kritikus tényezőnek bizonyul a szorongásos rohamok patogenezisében. A szeparációs szorongás leküzdésének képessége a korai biztos kötődési tapasztalatokra épülő tanulási folyamat eredménye. A bizonytalan kötődés nyomán kialakuló belső munkamodell nem tölti be a szerepét a serdülőkori, felnőttkori szeparációs helyzetek okozta szorongás leküzdésében.

Az IBS, a megküzdés, a kötődés és az életminőség kapcsolatát vizsgálta Seres és Bárdos (2006) IBS-es és colitis ulcerosás pácienseknél. A biztonságos kötődést szignifikánsan jellemzőbbnek találták az egészséges kontrollcsoportban, míg a bizonytalan kötődés inkább a betegcsoportokat jellemezte. A bizonytalan kötődés kapcsolatát a szomatizációval és a pánikkal alátámasztó empirikus kutatások a magas szorongási szinttel járó (preoccupied, fearful) kötődési stílusok gyakori előfordulását hangsúlyozzák a klinikai populációkban. A test involválódása a kórfolyamatban mindkét zavarnál jellemző, a tüneti különbségek gyakran nem egyértelműek. Ezt mutatja a „non-fearful panic disorder” leírása: a hasi tünetek túlsúlyával járó pánikzavar nehezen differenciálható az IBS-től (Kircanski, Craske, Epstein & Wittchen 2009).

3.2. A vizsgálat résztvevői

A keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatban (Pénzes, Czeglédi, Szalai, Csala & Túry 2016) hozzáférhetőségi mintavételt alkalmaztunk. A résztvevők budapesti kórházak pszichiátriai és gastroenterológiai szakrendelésein és osztályain megforduló páciensek közül kerültek ki. A vizsgálatban való részvétel önkéntes módon, informált hozzájárulással és névvel történt. A kérdőíveket összesen 141-en töltötték ki, 11 személyt kellett kihagynunk ez együttműködési és szövegértési nehézségek miatt.

A végső mintát 130 fő alkotta (65 IBS, 65 pánikzavar). A résztvevők 65.4%-a (n=85 nő), 34.6%-a (n=45) férfi. A nők szignifikánsan nagyobb arányban szerepelnek, mint a férfiak ($\chi^2_{(1)}=12.308$, $p<0.001$). A résztvevők átlagéletkora 40.7 év (SD=12.79 év; terjedelem: 20–75 év). Túlnyomó többségük (96.2%, n=125) Budapesten él. A minta 61.5%-a (n=80) legfeljebb középfokú, 38.5%-a (n=50) felsőfokú végzettséggel bír. A résztvevők 3.8%-a (n=5) tanul, 67.7%-a (n=88) dolgozik, 20.0%-a (n=26) nyugdíjas, 8.5%-a (n=11) munkanélküli. A válaszadók 37.7%-a (n=49) nőtlen/hajadon, 62.3%-a (n=81) párkapcsolatban él (házasság vagy együttélés). A két betegcsoport között a fenti változók közül egyedül az iskolai végzettség

esetében találtunk szignifikáns különbséget: az IBS-es résztvevők körében szignifikánsan nagyobb arányban fordultak elő a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők, mint a pánikzavaros csoport esetében ($\chi^2_{(1)}=4.680$, $p=0.031$).

3.3. Vizsgálómódszerek: ASQ, ECR-R, H-PBI

Alapadatok: rákérdeztünk a válaszadók nemére, életkorára, családi állapotára, lakóhelyére, iskolai végzettségére és munkaerő-piaci státuszára.

Attachment Style Questionnaire (ASQ; Feeney, Noller, & Hanrahan, 1994; magyar változat forrása Hámori, Dankháziné Hajtman, Horváth-Szabó, Martos, Kézdy & Urbán 2016) A vizsgálati személyeknek ezen a Lickert skálán kell megítélniük az állításokat (40 item), hogy mennyire értenek azokkal egyet (1: egyáltalán nem... 6: határozottan egyetértek). A magasabb pontszámok az öt kötődési dimenzióban átélt érzések fokozott intenzitását mutatják.

Brennan, Clark és Shaver (1998) a kérdés vizsgálatára az addig rendelkezésre álló összes dimenziális kérdőív tételeinek összevont faktorelemzését végezték el és két fő faktort azonosítottak: a Szorongást és az Elkerülést. A Szorongáshoz a partner elutasításától való félelemre, az Elkerüléshez a közelség, intimitás és függőség elutasítására vonatkozó tételek csoportosultak minden kérdőívben. Bowlbyval összhangban feltételezték azt is, hogy fiatal felnőttkorban olyan egyéb szükségletek is hozzájárulhatnak a kötődés átszerveződéséhez, amelyek a korábbi életszakaszokban még nem fonódhattak össze azzal. A kérdőív kialakításakor ezért olyan tételeket is bevezettek, amelyek az egészséges és a túlzott függőség, az önállóságra törekvés, a teljesítménymotiváció, az elismerés iránti igény és a szociális szorongás témaköreiben fogalmaztak meg állításokat. A tételcsoportok tartalmának kialakításakor Bartholomew és Horowitz (1991) négykategóriás modelljében gondolkodtak, amely a belső munkamodellben rejlő pozitív és negatív tapasztalatokat az én és a másik vonatkozásában egyaránt figyelembe veszi (1. táblázat). Emellett Brennan és munkatársai (1998) kétdimenziós modelljére alapoztak, amely a Szorongás és az Elkerülés mentén rendez csoportokba az egyes tételeket és a két dimenzió segítségével sorolja be az egyéneket a négy fő kötődési kategória valamelyikébe (1. ábra). A 40 tételen végzett feltáró faktoranalízissel öt faktort definiáltak: A kapcsolat mint másodlagos tényező a teljesítménnyel szemben (Relationship as Secondary to Achievement, RS), Elismerés iránti szükséglet (Need for

Approval, NA), Közelség kellemetlen megélése (Discomfort with Closeness, DC), Túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal (Preoccupation with Relationships, PR) és Biztonság a kapcsolatokban (Confidence in Relations, CR). Hasonlóan más többdimenziós kérdőívekhez, az ASQ öt skálája is az Elkerülés és a Szorongás főfaktorai alá rendeződött. A Közelség kellemetlen megélése és a Kapcsolat mint másodlagos tényező az Elkerüléshez; az Elismerés iránti szükséglet, a Túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal és a Biztonság a kapcsolatokban (negatív előjellel) a Szorongás főfaktorhoz csoportosult. Az öt skála átlagaival végzett klaszteranalízis a Bartholomew-féle négy kötődési típust hozta létre (1. ábra), melyek eloszlási aránya közelített más kérdőíves kutatások hasonló eredményeihez: a személyek nagyjából 40%-a Biztonságos, 23%-a Elárasztott (Szorongó-ambivalens), 25%-a Elutasító és 12%-a Félelemteli lett.

A kutatás szempontjából releváns, hogy Montebrocchia és mtsai (2004) együttjárást találtak az ASQ-val mért bizonytalan felnőttkori kötődés és az alexitímia között. Strodl és Noller (2003) eredményei a depresszió, az agorafóbia és a saját testtel kapcsolatos tapasztalatok katasztrófizációjának kötődési korrelációit vizsgálták. A bizonytalan kötődés és a testi katasztrófától való félelem együttjárásának alapjait a gyermekkori szeparációs traumákban látják.

Az ASQ azért érdemel külön figyelmet, mert a szerzők a tételket úgy alakították ki, hogy azok párkapcsolati tapasztalatokkal még nem rendelkező fiatalok számára is értelmezhetőek legyenek. Bowlby (1988/2009) fejlődési modelljével összhangban feltételezték, hogy a belső munkamodellt módosíthatják a későbbi kapcsolati tapasztalatok, így a partnerkapcsolatok is. Szerintük a romantikus kapcsolatokra kialakított kérdőívek feltehetően olyan munkamodellt vizsgálnak, amely már kiegészült a párkapcsolati tapasztalatokkal. Kérdésük volt, hogy milyen dimenziókból tevődhetnek össze a kötődési típusok akkor, amikor a kötődés funkciói még nem helyeződtek át a romantikus partnerre, azaz amikor az egyén még nem lépett abba az életszakaszba, amikor a párkapcsolati tapasztalatok befolyásolhatnák a belső munkamodell átszerveződését.

Közvetlen kapcsolatok élményei kérdőív-rövidített változata (Experiences in Close Relationships Scale-Revised; ECR-R; Fraley, Waller & Brennan, 2000; magyar változat Nagy, 2005). A felnőtt kötődési stílus mérésére szolgáló kérdőív 36 tételből áll, és két független skálát tartalmaz, úgymint a szorongás és elkerülés (18–18 tétel). A tételket 7-fokú Likert-típusú

skálán kell megítélni az egyáltalán nem jellemző rám (1) és a teljesen jellemző rám (7) végpontok között. A pontszámokból dimenzionális és kategoriális változók egyaránt képezhetők. A *kötődési elkerülés* azt mutatja meg, hogy az egyén mennyire hajlamos érzelmileg kívül maradni intim kapcsolataiból, félelmet érezni az intim viszonyaiban megélt kötődéssel, függőséggel kapcsolatban, elkerülni az önfeltárással járó helyzeteket. Ez a dimenzió felelős a kötődési viselkedés szabályozásáért, a kötődési személytől való távolság „beállításáért”. A *kötődési szorongás* dimenziója azt mutatja meg, hogy az egyén mennyire hajlamos megélni az elhagyástól, elutasítástól való félelmet, mekkora a másoktól érkező megerősítésre és elfogadásra való igénye, és mekkora distresszt él át, amikor a másik személy nem elérhető, vagy nem azonnal reagál (Fraley & mtsai 2000). A skálákon elért magasabb pontszám nagyobb mértékű szorongást, illetve elkerülést jelez. Bár Brennan és munkatársai (1998) a dimenzionális mértékek használatát javasolják, van mód a Bartholomew és Horowitz (1991) modellben leírt 4 kötődési stílus (1. biztonságos, 2. félelemteli-elkerülő, 3. elutasító-elkerülő, 4. belebonyolódó típusok) elkülönítésére is. A Nagy László (2005) által magyar nyelvre adaptált kérdőív pszichometriai mutatói megfelelőek.

Parental Bonding Instrument (PBI; Parker, Tupling & Brown 1979; magyar változat Tóth és Gervai 1999):

A Szülői Bánásmód Kérdőívet (Parental Bonding Instrument, PBI) és módszertani leírását Gordon Parker és munkatársai publikálták 1979-ben. A gyermekkori szülői bánásmód percepcióját méri a szülő-gyermek kapcsolat szempontjából fontosnak tartott szeretet-elutasítás, függetlenség bátorítása-korlátozás dimenziókban. Számos klinikai vizsgálatban kimutatták, hogy a különféle pszichopatológiákhoz a normatív PBI értékektől való eltérés társul, és sok esetben okozati összefüggést feltételeznek a PBI segítségével megragadott gyermekkori bánásmód és a későbbi patológia között. A kérdőívvel a már korábban kimutatott két fő dimenzió, az érzelem és a korlátozás mértékét kívánták mérni, de más módszerektől eltérően ezúttal nem a szülőt, hanem a kapcsolat másik résztvevőjét kérdezték, továbbá a kérdőív tételei attitűdök helyett a szülő konkrét viselkedésformáira kérdeznak rá. A kérdezettek 25 állítást értékelték négyfokú skálán annak megfelelően, hogy azt mennyire tartották jellemzőnek anyjuk, illetve apjuk viselkedésére életük első 16 évében. A PBI kérdőív változóinak főkomponens-analízise két faktort adott. Az első, az összes variancia 28%-át magyarázó faktor lett a Szeretet-törődés vs. Elutasítás (Care vs. Rejection) dimenzió, a

variancia 17%-ért felelős második, a Túlvédés vs. Önállóság/Függetlenség bátorítása (Overprotection vs. Encouragement of Autonomy/Independence) elnevezést kapta. Az első faktor egyik végpontja a szeretettel, érzelmileg meleg, empatikus szülői viselkedést jelenti, a másik végpontján az érzelmi hidegségre, közömbösségre és elhanyagolásra utaló tételek súlya jellemző. A második faktor egyik végpontján a kontrolláló, túlvédő, beavatkozó, infantilizáló és a függetlenséget gátló, ellentétes végpontján pedig a függetlenséget és önállóságot bátorító szülői viselkedés változói jelennek meg nagy súllyal. A faktorstruktúra mindkét szülőre vonatkozó adatok esetében azonos, és a faktorsúlyok is nagymértékben egyeznek. A két faktorban nagy pozitív, illetve negatív súllyal szereplő tételekből két skálát állítottak össze, így a 25 kérdésből 12 tartozik a szülői »Szeretet-törődés«, 13 pedig a »Túlvédés« skálához. A tételekhez a 0-tól 3-ig rendelt pontértékek összegéből az első skálán maximum 36, a másodikon maximum 39 pont adódhat. Egy nagyobb, közel 500 fős mintán végzett vizsgálat azt mutatta, hogy a skálaértékek függetlenek a vizsgálati személy nemétől és életkorától, valamint szociális helyzetétől. A skálán elért pontszámokból a nemre specifikus kritikus pontértékek alapján kategoriális változókat képezhetünk a szülői bánásmód (1. elhanyagoló, 2. érzelemmentes kontroll, 3. optimális gondoskodás és 4. érzelemmentes kontroll) meghatározása céljából.

Az alkalmazott skálák belső megbízhatósága minden esetben megfelelő volt. A Cronbach-alfa mutatókat az 1. táblázat tartalmazza.

3.4. Alkalmazott statisztikai módszerek

A kérdőívek belső megbízhatóságának becslésére Cronbach- α mutatót számítottunk. A csoportok összehasonlítása diszkrét 3.4. változók esetében khi-négyzet próbával, folytonos változók esetében pedig kétmintás t-próbával történt. A különbség hatásméretének becslésére Cohen's d -t számítottunk. A biztonságos felnőttkori kötődés prediktorait hierarchikus többszörös bináris logisztikus regresszió analízissel teszteltük.

3.5. Eredmények

3.5.1. A vizsgálat alapadatai

Az 1. táblázatban részletesen bemutatjuk az alkalmazott kérdőívek alapstatisztikáját, belső megbízhatóságának mutatóit és a két betegcsoport összehasonlítását a változók mentén. A kötődéssel kapcsolatos pszichológiai változók közül egyedül a párkapcsolati szorongás tekintetében találtunk szignifikáns különbséget: az IBS résztvevők körében magasabb a szorongás ($t_{(128)}=2.370$, $p=0.019$, Cohen's $d=0.42$). A szülői gondoskodás tekintetében az apai gondoskodás szignifikánsan, az apai túlvédés pedig tendenciaszinten magasabb a pánikzavaros csoportnál, mint az IBS betegekénél ($t_{(128)}=-2.501$, $p=0.014$, Cohen's $d=0.44$, and $t_{(128)}=-1.678$, $p=0.096$, Cohen's $d=0.30$).

Változók	Cronbach- α	IBS Mean (SD)	Pánikzavar Mean (SD)	t	Cohen's d
A kapcsolat mint másodlagos tényező (ASQ)	0.73	19.4 (5.98)	19.0 (5.83)	0.342	0.06
Elismerés iránti szükséglet (ASQ)	0.80	24.5 (7.32)	23.0 (6.52)	1.265	0.22
A közelség kellemetlen megélése (ASQ)	0.82	36.3 (8.71)	35.4 (8.65)	0.546	0.10
Túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal (ASQ)	0.78	30.3 (7.10)	28.7 (7.63)	1.214	0.21

Biztonság kapcsolatokban (ASQ)	a 0.81	28.1 (7.42)	29.7 (7.63)	-1.235	0.22
Szorongás (ECR)	0.93	3.9 (1.25)	3.4 (1.23)	2.370*	0.42
Elkerülés (ECR)	0.88	3.2 (0.88)	3.0 (0.96)	1.376	0.24
Anyai gondoskodás (PBI)	0.90	21.9 (9.02)	22.7 (7.94)	-0.588	0.10
Apai gondoskodás (PBI)	0.89	15.8 (8.02)	19.4 (8.66)	-2.501*	0.44
Anyai védelem (PBI)	0.88	16.4 (9.39)	16.7 (8.18)	-0.189	0.03
Apai védelem (PBI)	0.77	13.9 (8.02)	16.2 (7.66)	-1.678 ⁺	0.30

1. táblázat: A két betegcsoport összehasonlítása a pszichológiai változók mentén

Megjegyzés: * $p < 0.05$. A hatásméret mutató (Cohen's d) értékeinek értelmezése: 0.20 kis hatás, 0.50 közepes mértékű hatás, 0.80 nagy hatás

A párkapcsolati szorongás és az apai gondoskodás esetében adódó szignifikáns különbségek miatt bináris logisztikus regresszió elemzéssel teszteltük ezeknek a betegséggel való összefüggését, a nem, életkor és iskolai végzettség kontrollja mellett. Mindkét esetben szignifikáns maradt a kapcsolat: párkapcsolati szorongás OR=0.68, 95% CI [0.50, 0.93], $p=0.015$, apai gondoskodás OR=1.06, 95% CI [1.01, 1.11], $p=0.010$.

3.5.2. A kötődéstípusok és szülői gondoskodás alakulása a mintában

A Barholomew és Horowitz-féle (1991) négy kötődési típust a *Közvetlen kapcsolatok élményei kérdőív rövidített változatán* elért pontszámok alapján hoztuk létre:

1. biztonságos kötődés: alacsony szorongás és alacsony elkerülés
2. elárasztott - elkerülő kötődés: magas szorongás és alacsony elkerülés
3. félelemteli - elkerülő kötődés: magas szorongás és magas elkerülés
4. elutasító-elkerülő kötődés: alacsony szorongás és magas elkerülés.
5. A fenti besorolás alapján az IBS-csoportba tartozók 20.0%-a (n=13) biztonságos kötődésű, 46.2% (n=30) félelemteli-elkerülő, 26.2% (n=17) belebonyolódó, 7.7%-a (n=5) pedig elutasító-elkerülő kötődésű. A pánikzavaros személyekből álló alminta esetében a biztonságos kötődés a válaszadók 36.9%-ára (n=24) volt jellemző. Félelemteli-elkerülő kötődési stílust 26.2% (n=17), belebonyolódó kötődési stílust, illetve elutasító-elkerülő kötődési stílust 18.5% (n=12) gyakorisággal találtunk. Az egyes kötődéskategóriák előfordulási gyakorisága között szignifikáns különbség mutatkozik a két betegcsoportban ($\chi^2_{(3)}=10.610$, $p=0.014$). Az egyes kategóriákban megfigyelhető alacsony elemszámra való tekintettel a kötődéstípusokat dichotomizáltuk a bizonytalan kötődési stílusok összevonásával. A bizonytalan felnőttkori kötődés szignifikánsan nagyobb gyakorisággal fordul elő az IBS betegek körében, mint a pánikzavarban szenvedőknél (80.0% vs. 63.1%; $\chi^2_{(1)}=4.571$, $p=0.033$).

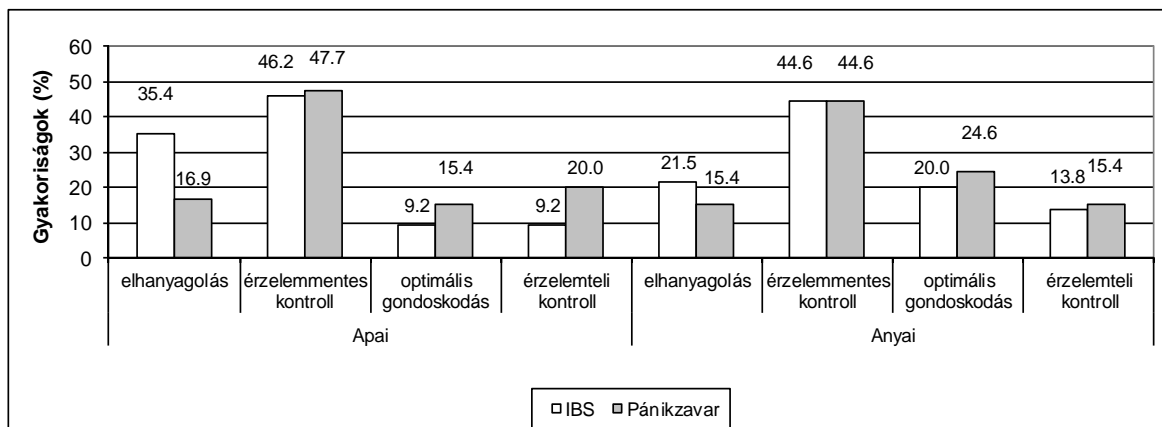
A szülői bánásmódot a PBI alapján határoztuk meg: A cutoff-point értéke a Care skálán az anyák esetében a 27 pont, az apák esetében pedig 24 pont. A kritikus pont értéke a Protection skálán az anyák esetében a 13,5 pont, az apák esetében pedig 12,5 pont. Az alábbi szülői bánásmód típusokat különböztettük meg:

1. elhanyagoló: alacsony gondoskodás és alacsony védelem
2. érzelemmentes kontroll: alacsony gondoskodás és magas védelem
3. optimális gondoskodás: magas gondoskodás és alacsony védelem

4. érzelmetli kontroll: magas gondoskodás és magas védelem.

A fenti besorolás eredményeképpen azt találtuk, hogy a szülői bánásmód tekintetében az optimális gondoskodás az IBS betegek almintájában 9.2% (n=6), a pánikzavaros betegek almintájában 15.4% (n=10) jelent meg ($\chi^2_{(1)}=1.140$, $p=0.286$). Az anyai gondoskodás kapcsán az optimális gondoskodás az IBS betegek 20.0%-ánál (n=13), a pánikzavaros betegek 24.6%-ánál (n=16) fordult elő ($\chi^2_{(1)}=0.399$, $p=0.527$).

Az egyes anyai gondoskodás típusok előfordulási gyakorisága tekintetében nem mutatkozott szignifikáns különbség a két betegcsoport között ($\chi^2_{(3)}=1.030$, $p=0.794$). Az apai gondoskodás esetében azonban tendenciaszintű különbség mutatkozott ($\chi^2_{(3)}=7.831$, $p=0.050$): az IBS betegek körében nagyobb arányban fordult elő az elhanyagolás, míg a pánikzavarosok körében nagyobb arányban jelent meg az érzelmetli kontroll. Az egyes szülői bánásmódok előfordulási gyakoriságát az 1. ábrán szemléltetjük.



1. ábra: Az egyes szülői kötődési típusok előfordulási gyakorisága a mintában

3.5.3. A szülői gondoskodás és a felnőttkori kötődés összefüggései

A szuboptimális anyai gondoskodás esetében biztonságos kötődés a válaszadók 24.8%-ánál, optimális anyai gondoskodás az esetek 41.4%-ánál mutatkozik. Az anyai gondoskodás tendenciaszintű kapcsolatot mutat a felnőttkori kötődéssel ($\chi^2_{(1)}=3.059$, $p=0.080$). A biztonságos kötődés előfordulási gyakorisága azonban szignifikánsan magasabb optimális apai

gondoskodás esetében, mint szuboptimális apai gondoskodás esetében (75.0% vs. 21.9%, $\chi^2_{(1)}=19.408$, $p<0.001$).

A szülői gondoskodás és a felnőttkori kötődés összefüggését hierarchikus többszörös bináris logisztikus regresszió analízis segítségével is megvizsgáltuk. Az első modellbe az anyai- és apai gondoskodást léptettük be. A második modellben kontrolláltuk a diagnózist, a harmadik modellben pedig kontrolláltuk a nemet, életkort és iskolai végzettséget. Az eredmények szerint az apai gondoskodás mindhárom esetben szignifikáns kapcsolatot mutat a felnőttkori kötődéssel, emellett a pánikbetegek tendenciaszinten nagyobb eséllyel jellemezhetők biztonságos kötődéssel, mint az IBS csoport tagjai. A végső modell által megmagyarázott variancia 25.2%. Az eredményeket a 2. táblázatban részletezzük.

Változók		szignifikancia p	OR [95% CI]	Nagelkerke R ²
Modell 1	apai gondoskodás (Ref.: szuboptimális)	<0.001	9,73 [2.85, 33.25]	18.8%
	anyai gondoskodás (Ref.: szuboptimális)	0.324	1,62 [0.62, 4.23]	
Modell 2	apai gondoskodás (Ref.: szuboptimális)	<0.001	9,42 [2.71, 32.80]	22.1%
	anyai gondoskodás (Ref.: szuboptimális)	0.355	1,58 [0.60, 4.17]	
	diagnózis (Ref.: IBS)	0.068	2,22 [0.94, 5.21]	
Modell 3	apai gondoskodás (Ref.: szuboptimális)	0.001	9,26 [2.61, 32.86]	25.2%

anyai gondoskodás (Ref.: szuboptimális)	0.309	1,70 [0.61, 4.70]
diagnózis (Ref.: IBS)	0.092	2,15 [0.88, 5.22]
nem (Ref.: férfi)	0.095	0,47 [0.20, 1.14]
Életkor	0.824	1,00 [0.96, 1.03]
végzettség (Ref.: legfeljebb középfokúak)	0.377	0,65 [0.25, 1.68]

2. táblázat: A biztonságos felnőttkori kötődés prediktorai (bináris logisztikus regresszió elemzés)

3.5.4. Az eredmények megvitatása

Az IBS-ben és pánikbetegségben az észlelt veszélyről való gondolkodás (félelem az örülettől, szenvedéstől, betegségtől, haláltól) a kötődési viselkedés aktiválódásához vezet. A kötődési mintázatok meghatározzák a stresszkezelés módját, a jellegzetes egyéni megküzdési stratégiákat (Liotti 2004).

A kutatásunkban az etiológiailag és pszichodinamikailag egymáshoz közel álló szomatizációs kórkép (irritable bowel syndrome) és a pánik („irritable heart disease” Dattilio & Salas 2002) talaját képező kötődési mintázatok és szülői bánásmód reprezentációk által a páciensek kapcsolati élményvilágát térképeztük fel a pszichoterápiás kezelésre vonatkozó relevanciákkal.

- a) IBS-ben nagyobb arányban fordulnak elő bizonytalanul kötődők

Ez a szomatizációban gyakori interperszonális kommunikációs nehézségekkel magyarázható. Párhuzam vonható az idegen helyzet-kísérletek egyik, biztos és bizonytalan gyerekeket differenciáló megfigyelésével. Biztos kötődőknek minősíthetők azok a gyerekek, akik a szeparációban szétesett viselkedés mutatnak, de az anya visszatértekor felveszik a kapcsolatot a szülővel. A bizonytalan kötődőkhöz tartoznak ellenben azok a kisgyerekek, akik anyjuk hiányát szélsőséges viselkedés nélkül viselik, de nem kapcsolódnak a visszatérő szülőhöz (Ainsworth, 1978). A pánikbetegség szomatizációnál kedvezőbb terápiás prognózisa éppen a figyelemfelkeltő tünetekre és a feltűnő segítségkérésre vezethető. A drámai szorongásos tünetek mellett a közelségkereső aktivitás fennmarad. Az IBS-ben szenvedő páciensek gyakrabban izolálódnak az őket körülvevő társkapcsolati és egészségügyi rendszerben kommunikációs-kapcsolódási nehézségeik miatt (Stuart & Noyes 1999).

A nyelvhasználat kevésbé plasztikus ezeknél a pácienseknél, mely összefügg az önmagukról való explicit, verbális vagy verbalitásközeli gondolkodás hiányosságáival (Aisenstein 2010).

Az ép és jól működő elme – elme a humánspecifikus működések értelmében, úgymint nyelvhasználat, szimbólumképzés, logikai működések, továbbá a freudi terminológia szerinti elsődleges folyamatok – a testből érkező ingereket és a testet érő ingereket feldolgozza, szervezi és strukturálja (Fonagy & Target 1997). Ennek ingerfeldolgozásnak a zavara az ismétlési kényszer talaján változatos tünetekhez vezet (Freud 1920/1996).

A kötődéelméletek az elkerülő kötődést és a hozzá kapcsolódó hiányos vagy ambivalens kommunikációs viselkedést olyan sajátosan adaptív kényszermegoldásnak tekintik, melynek célja a nyomasztó indulatok és érzelmi tartalmak tudattól és a kapcsolati eseményektől való távol tartása (Fonagy 2001). A hiányos mentalizálás a bántalmazó, elhanyagoló, nem szenzitív szülői környezetben a gyermek önvédelmét szolgálja: a másik érzéseire való ráhangolódás túlzottan megterhelő lenne számára az őt traumatizáló szülőjével alkotott diádban.

A testi tünet nem létezik a hozzá kapcsolódó reprezentációk és szimbólumok nélkül, de nincs önmagában vett jelentése. Magában hordozza a jelentés kialakításának képességét, ezáltal tud változó tartalmakhoz kötődni. McDougall (1989) szerint a szomatizáció védelmet nyújt az archaikus libidinális kötelékek és az öndestrukciónak is hordozó nárcisztikus veszélyek ellen. A lélek elemi, preverbális üzenetet küld általuk a testnek a nyelv megkerülésével. A szomatizáció kialakulása a test használatba vétele, ilyenkor olyan normális (és akkor észrevétlen) testi

működések borulnak fel, mint a vérnyomásszabályozás, emésztés. A test a lelki működésekhez hasonlóan az ismétlési kényszer jeleit mutatja (Freud, 1920/1996). A testi és lelki reakciók párhuzamos módon alakulnak, amikor jelentős új benyomások érnek vagy amikor a kapcsolatvesztés és szeparáció fenyeget. Az érzelmi folyamatok szimbolikus feldolgozása nem zajlik le, hanem primitív, nonverbális úton alakítanak ki testi zavarokat. A pszichoszomatikus kórképek előnye, hogy a betegség védelmet kínál, meghúzza a test határait. A testi betegség általi kommunikáció felhívja a gondoskodó embertársak figyelmét. A betegség által fizikailag megtámadott test a veszélybe kerülő, internalizált anya teste is egyben. A testi betegség a szenvedés által paradox kifejezi a test életteliségét. A szelf megerősödik a zavart kötődésből származó, belső elveszettség érzéssel szemben.

b) IBS-ben gyakoribb az apai elhanyagolás

Grossman és mtsai (2002) bevezettek egy új kötődési minőséget, ami az apa-gyermek kapcsolatra jól alkalmazható, ez az érzékeny-játékos kötődés. „Biztonságot nyújt, olyasféle támogatást, mely egyszerre érzékeny és kihívásokkal teli, apa és gyermeke a világ felfedezésére szövetkezik.” (p. 311.)

Davids (2002) tárgykapcsolati megközelítése szerint az internalizált anya és az internalizált apa két különböző, önálló létjogosultságú tárgy (tárgykapcsolati reprezentáció) a gyermek számára. Az anya területe a gondoskodás, a gyermek igényeinek nyomon követése. Az apa dolga a határok felállítása és a realitás képviselése, ami által a gyermek késleltetni tudja vágyai kielégítését. Az apa helye tárgykapcsolati rendszerben az anya és a gyermek között van. Az apa másodlagos tárgyként tartalmazni tudja az anyával kapcsolatos megterhelő, lehasított tapasztalatokat.

Gaddini (1976) szerint bár az apa az anya elsődlegessége mellett másodlagos tárgy a korai személyiségfejlődés perspektívájából, ugyanakkor a gyermek számára a világ felfedezésének elsődleges segítője lehet. Az apa az első különálló tárgy, az anyától való elkülönülés hosszú ideig nehezen valósul meg.

Mahler (1975) az apa szerepét elsődlegesnek látja a gyermek számára külvilág tudatosításában az anyai szimbiózisból való kilépés idején. Az újraközeledési fázisban az apa mutatja az utat a világ felé, mint felszabadító és erős kötődési személy. Mahler már szilárd

apaképpel számol ebben az időszakban, aminek az anyai szimbiózisból való biztonságos kilépésben és a felfedező kedv megerősödésében van központi szerepe. Target és Fonagy (2002) hozzátesszik, hogy az apa bátorítja a kisgyermek autonóm, impulzív és agresszív („fallikus”) attitűdjét.

Abelin (1975) az apa hozzájárulását a kisgyermek fejlődéséhez az énkép megszilárdításában és a szimbolikus gondolkodás kialakulásában látja másfél éves kor körül. Az apa kapcsolata az anyával segít a gyermek számára internalizálni egy alapvető kapcsolati tapasztalatot, ami lehet traumatikus és elrendező erejű egyaránt.

Az IBS-t jellemző szomatikus tüneti szint a korai anya-gyermek kapcsolat testközeli élményvilágát idézi, a páciensek testi panaszaikkal igyekeznek kifejezni magukat és kapcsolataikat szabályozni. A pánikzavarban a testi történéseket azonnal értelmezni igyekszik a páciens, elindítja ezáltal a pszichés feldolgozás folyamatát. A kifejezhető, verbalizálható szorongás a külső, apai nézőpont megjelenését jelzi, ami lehetőséget nyújt az átéltek szimbolikus megközelítésére („Olyan, mintha gombóc lenne a torkomban... mintha azonnal elájulnék... mintha ki akarna ugrani a szívem a mellkasomból...”).

c) Az apai gondoskodás előrevetíti a felnőttkori kötődési biztonságot

Bögels és Phares (2010) négy vonatkozását gyűjtötték össze az apai szerepek, melyek leginkább fontossá teszik azt a gyermek szorongásainak csökkentésében. Ezek a közös játék, a kötődési lehetőség, a közelség és bevonódás érzése és az apának az anyára gyakorolt indirekt hatása.

Grossman és mtsai (2002) az találták, hogy apa-gyermek érzékeny, játékos kötődés jobban jelezte előre a sedülőkori kötődési biztonságot, mint a korai anya-gyermek kötődés. A biztonságos apa-gyermek kötődés kapcsolódott egyértelműen a viselkedési autonómiához, a társas kapcsolatok iránti nyitottsághoz és a későbbi társkapcsolati kötődéshez. Ez a mintázat azt mutatja, hogy az apai kötődés fontos protektív tényező a személyiségfejlődés során keletkező szorongásokkal szemben.

Az apával történő játék a gyerekek aktív, versengő, önálló és felfedező viselkedésformáit támogatja, jótékony hatással van az értelmi és társas fejlődésre, és véd a korai szeparáció, idegenfélelem és szorongások káros hatásától (Amato 1986; Cabrera & mtsai 2000).

A fokozott fizikai aktivitással járó játék során az apák nehéz helyzetek elé is állítják gyerekeiket, váratlan kihívásokkal is szembesítik őket. A nehezen megoldható helyzetek, az előforduló kudarcélmények fontosak az értelmi fejlődés szempontjából és személyiségérlelő hatásuk is van (Paquette 2004).

Az anyai hatások nem mutatnak egyértelmű korrelációt a gyerekek serdülőkori fejlődési jellemzőivel, az apai hatások viszont igen. A kisgyermekkorai apai játék minősége meghatározó a serdülőkori önbizalom szempontjából Lewis és Lamb (2007) longitudinális vizsgálatai szerint. Flouri és Buchanan (2002) hasonló módon kimutatták, hogy az iskoláskor előtti apai játék kedvező hatással van a későbbi iskolai teljesítményre. A serdülőkori apai kapcsolat pedig összefüggést mutatott vizsgálataikban a felnőttkori depresszióval és házassággal való elégedettséggel.

3.5.5. Pszichoterápiás lehetőségek

A testképnek döntő szerepe van az identitás kialakulásában. Lacan (1993) szerint a csecsemő az ún. „tükörfázisban” saját testének tükörképét egységes alakzatként (Gestalt) szemléli, a szenzomotoros tapasztalatai alapján ugyanakkor töredékesnek, részekre bomlottnak érzékeli. A tükörképbeli egész és a testi tapasztalat által átélt töredezettség közötti feszültség és ellentét indítja el az énképződésben az azonosulás folyamatát, ami kezdetben fantáziákkal átszőtt, imaginárius. Lacan szerint az én olyan ernyőhöz hasonlít, amelyre az érzéki, testi tapasztalat és a belső, reprezentált tartalmak egyszerre vetülnek rá. Ezek keveredése az „imaginárius anatómia”, ami segít megmagyarázni a nem organikus hátterű tünetképzést.

Freud (1894) gondolatai az aktuálneurózisról összekapcsolhatók Lacannak (1993) a „Másikról” szóló koncepciójával. Lacan identitáselméletében a Másik játssza a főszerepet. A gyermeknek születéskor nincsen még identitása. Az identitás a tükör-stádium során lezajló, az anyával vagy elsődlegesgondozóval történő azonosulások során alakul ki. Verhaeghe and Vanheule (2005) Lacan elképzeléseit a kortárs kötődéselmélettel kapcsolják össze, a Másik az elsődleges kötődési személy, aki központi szerepet kap az érzelemszabályozásban és az identitásalakulásban egyaránt. A freudi aktuálneurózis epigenezise során a Másik jelentősége ebből a nem tudatos szorongásszabályozási nehézségből fakad. Az identitásalakulás bölcsője a kötődési tapasztalat, benne a gondozói tükrözés, ahogy az érzékletli benyomások és a keletkező

reakciók feldolgozásának is (Fonagy & mtsai 2002). A kisgyermek indulatos jelzései a gondozó irányában segítségkérés, a szabályozási szükséglet megmutatkozása. A testi önkifejezés, az elemi érzelmek megjelenése a kezdettől fogva kapcsolatba ágyazott, a korai testi történések, változások a bontakozó lelki élet építőkövei. Azokban az esetekben, amikor az elsődleges gondozó a tükrözéssel nem tudja kialakítani az ösztönélet szabályozását a gyermekben, fejlődési elakadás keletkezik, a lelki élet csődöt mond a testi benyomások viharában. A pszichés reprezentációk kialakulása gátolt, az ösztönélet testi utakat keres, hogy hírt adjon magáról.

A társas történések érzékelését meghatározza a kötődési stílus és a megtapasztalt szülői érzékenység. Ezáltal a pszichoterápia a Másikkal való kapcsolat újjáélesztése, melyben az elsődleges gondozó helyén belépő terapeuta támogató és tükröző szerepbe kerül. Lacan szerint a tükör-stádium legfontosabb funkciója a külső és a belső világ közötti kapcsolat megteremtése, az organizmus és a környezete közötti folyamatok megtapasztalása. Ez az identitásérzés alapja és egyben első megnyilvánulása (Verhaeghe, Vanheule & De Rick 2007). Az apa ebben a helyzetben szabályozó ágens, a szimbolizációs folyamatok fölött bábáskodik. A pszichoterápiás folyamat az apai minőségek rituális megidézésén, egy élő nyelv megtalálásán alapul (Gerson 2002).

A tünetképzés jellegének megértése – Freud a neurózisválasztás kérdésének nevezte – és a pszichoterápiás indikáció pontosítása lehetségessé válhat a fejlődépszichopatológiai tényezők rekonstrukciója által. Jelen kutatás a szülői kapcsolódás és a felnőtt kötődési stílus feltérképezése által az vizsgált pszichopatológiai állapotok kialakulásának folyamatát igyekezett felvázolni. A pszichés zavar kialakulásának szocializációs, kapcsolati tényezőinek jobb megértése segíthet a pszichoterápia mint kapcsolaton keresztül ható gyógymód lehetőségeinek hatékonyabb realizálásában. A deficit alapú, az alexithímiát (*pensée opératoire*) (Taylor & mtsai 1991) és a mentalizációt középpontba állító pszichopatológiai és pszichoterápiás teóriák alapvetése: a páciensek attól gyógyulnak, aminek hiányában megbetegedtek. Alexander (1950) fogalma, a korrektív emocionális élmény a gyermekkori és a felnőtt kötődési kutatások fényében korrektív kötődési élményként értendő. Ennek nyomán alakíthatóak ki vagy erősíthetőek azok a reflektív működések, melyek megszilárdulása a korai kötődési helyzetben diszfunkcionális szülői tükrözés miatt elmaradt.

4. „A test színháza” – az irritábilis bél szindróma kezelésének lehetőségei a pszichodrázában – csoportterápiás vizsgálat

Egy irritábilis bél szindrómában szenvedő fiatal nőpáciens pszichodráma csoportterápiáját ismertetem a kórkép és a módszer elméleti áttekintését követően. A pszichodráma egyedi lehetőségei a testi önérzékelés dramatizálásában rejlenek. A csoportbeli munka fókuszában a társas élmény és az interperszonális kommunikáció áll: a páciens számára a legnagyobb kihívást az jelenti, hogy miképpen tudja érzelmeit, indulatait, vágyait testi tünetei mellett más módon is kifejezni. A szabad, spontán és kreatív önkifejezés képessége, a játék újrafelfedezése az általános, nem-specifikus pszichoterápiás hatás forrása.

A tünetekhez kapcsolódó feszültség áttevődik a személy megmutatkozó élettörténetére, azaz sokszínű önmagára, vágyaira, félelmeire, kapcsolati érzéseire. A pszichodráma során megszületik (akár a színpadon vagy a filmvásznon) az egyéni életesemények szépsége, esztétikuma. Ezzel szembeül a páciens a drámacsoport őt körbeölelő anyai tükrében, azaz önmagát látja szépnek, érdekesnek szenvedésében, örömeiben. A „test színháza” belülről kívülre kerül, és ami lezajlik a színpadon, megszelídül, emészthetővé válik.

4.1. Az irritábilis bél szindróma pszichoterápiája

Napjaink pszichoterápiás kutatásai nagy hangsúlyt helyeznek a neurobiológiai összefüggések feltárására. A pszichoterápiás hatékonyság a humán érzelemreguláció és viselkedés hosszú távú megváltozását jelenti. Neuronális szinten kimutatható tanulásként értelmezhető pszichoterápia az agyi plaszticitás változásának függvényében. A Nobel-díjas Kandel elmélete (Kandel, Schwartz & Jessell 2000) a környezeti hatások és az agyi plaszticitás kapcsolatára nézve összefoglalható a következőképpen: az agy aktuális működését és struktúráját, vagyis a szinapszisok aktivitását, keletkezését vagy sorvadását, új neuronok születését vagy elhalását, a membrán- és receptorstruktúra módosulását gének és géncsoportok expressziójának változása határozza meg. A gének aktivitása viszont környezeti kontroll alatt áll, következésképpen az idegrendszer tanulási folyamatai és ennek aletesei, a mentális zavarok kialakulása, nagyrészt ezeknek a környezeti hatásoknak kitett gének aktivitásával állnak

kapcsolatban. Ezáltal azok a pszichoterápiás eljárások, melyek hatásosak – azaz hosszú távú változásokat idéznek elő az érzelmi életben és a viselkedésben – a tanulási folyamatokon keresztül a génextpressziót változtatják meg. Ennek következtében átrendezik a szinaptikus kapcsolatokat, strukturális változásokat idéznek elő, amely megváltoztatja a neurális hálózatok kapcsolatait, így strukturális agyi változásokat idéz elő.

Brody és mtsai (2001) a pszichoterápia (interperszonális pszichoterápia) és a farmakoterápia (paroxetin) összefüggéseit tárja fel agyi képalkotó eljárás segítségével (FDG-PET). A hatékony pszichoterápia és az antidepresszáns medikalizáció hasonló, jól lokalizálható és követhető változást idéz elő az agyi funkciókban. A poszterápiás megfigyelések szerint a pszichoterápia hatása hosszabb távon kimutatható volt az agyi anyagcsere szintjén.

Az IBS kezelésében napjaink meghatározó pszichoterápiás iskolái mind-mind állást foglalnak. Az egyes személyiségmodellek és személyiségfejlődési elképzelések más és más metodikai komponenseket emelnek ki a pszichoterápiás hatékonyság vizsgálata folyamán (Túry & Újszász 2000).

A pszichoanalízis elméleti és empirikus bázisán dolgozó pszichodinamikus pszichoterápiák elsősorban az érzelmi, indulati élet többszintű, önismereti mélységű megértésén dolgoznak. A tudatosan nem vagy csak nehezen hozzáférhető, elhárított emocionális tartalmak, ösztönkésztetések szerepét hangsúlyozzák a szomatizáció etiológiájában és fenntartásában. A dinamikus orientált pszichoterápiák célja ezeknek az intrapszichés történéseknek a tudatos megismerése (Gerson 2002). A gyarapodó önismeret és fokozódó reflektivitás által alábbhagynak a páciensek szorongásai, belső feszültségeik oldódnak és csökken a tünetképző erejük (Guthrie, Creed, Dawson & Tomenson 1993).

A kognitív viselkedésterápia a kognitív és a viselkedésterápiás módszerek önálló módszerként használt kombinációja. Ennek a módszernek az elméleti alapja a kognitív tudományok információfeldolgozási paradigmája. A különböző pszichopatológiákban ez a páciens téves (negativisztikus, maladaptív) helyzetértelmezéseit jelenti, melyek a kognitív torzításokban érhetőek tetten (Tölgyes 2000). A kognitív viselkedésterápia során az ezekből fakadó diszfunkcionális attitűdök tudatosítása történik. A depresszióhoz kapcsolódó kognitív torzítások feltérképezése által kidolgozott pszichoterápiás metodika jó hatékonyságot mutat IBS-ben szenvedő páciensek esetében (Trikas, Vlachonikolis, Fragkiadakis, Vasilakis, Manousos & Paritsis 1999).

Blanchard (2001) és munkacsoportja által kidolgozott Albany Manual komplex, életmódra fókuszáló kognitív-viselkedésterápiás tervet kínál. Négy részre bontható ez a részletesen strukturált folyamatmodell:

- pszichoedukációs tájékoztatás a normális bélműködésről és az IBS jellegzetességeiről,
- relaxációs tréning (progresszív izomrelaxáció) a napi szorongások testi tüneteit csökkentő coping stratégia kidolgozása érdekében,
- hő-biofeedback gyakorlatok a mélyebb relaxáció elérése érdekében,
- tényleges kognitív terápia, melyben a kognitív torzítások azonosítása történik és segítséget kapnak a páciensek a magukkal történő megnyugtató dialógus (self-talk) kialakítására.

A hipnoterápia a módosult tudatállapot jellegzetességeit és a benne rejlő pszichés erőforrásokat igyekszik felhasználni az IBS tüneteinek leküzdése érdekében. A fent idézett Albany Manual hipnoterápiás ajánlásai a következők egy-egy ülésre:

- hipnoterápiás indukció
- relaxációs technikák gyakorlása
- irányított imagináció metaforák alkalmazásával
- énerősítő technikák alkalmazása a páciens egyéni képzeleti tevékenységének megfelelően

Komplex és általános kezelési stratégia a klinikumban Túry és Újszászy (2000) összefoglalója nyomán:

- A kórelőzményt nondirektív módon, a betegre összpontosítva kell felvenni.
- Gondos és költséghatékony vizsgálatot kell végezni.
- Tisztázandó, hogy a beteg mennyire értette meg betegségét, és tisztázni kell az aggályait is.
- Alapos magyarázatot kell nyújtani a betegség természetét illetően.
- A beteg javulásra vonatkozó elvárásait a valóságnak megfelelően kell kezelni.
- Következetesnek kell lenni a kezelés során.

- Be kell vonni a beteget a kezelésbe.
- Hosszú távú kapcsolatot kell kialakítani a beteg házi orvosával.

A lépcsőzetes, kombinált kezelési stratégiában szóba jövő fokozatok:

1. edukáció; 2. diétás tanácsok; 3. tünetmonitorozás (tünetnapló vezetése); 4. farmakoterápia (például tüneti szerek, antidepresszívumok); 5. speciális pszichoterápiás eljárások: viselkedés- és kognitív terápia, dinamikus pszichoterápia, család- vagy csoportterápia; 6. súlyos esetekben folyamatos kapcsolattartás, antidepresszívumok, fájdalomcentrumok igénybevétele.

4.2. A pszichodráma helye a pszichoterápiás palettán

A pszichodráma napjainkban igen elterjedt csoportpszichoterápiás módszer. Kidolgozása, módszertani alapvetéseinek kialakítása Jacob Lévy Moreno, román származású, Ausztriában, majd az USA-ban praktizáló pszichiáter nevéhez fűződik. Eredendően a gyermekek spontán alakuló szerepjátéka és a színház mint művészi önkifejezési forma jelentettek számára indítást. Az ember utánzó, mimetikus és kreatív szerepjátszó képessége, cselekedeteinek ismétlődő és spontán jellege jelentik az alapot ahhoz, hogy a pszichés tartalmak az arisztotelészi tér-idő-cselekmény koordináták között kifejezhetővé, megmunkálhatóvá váljanak. A fejlődépszichológia az emberi játéktevékenység folyamatát az akkomodáció és asszimiláció fogalmaival jellemzi: utánzunk és hosszas gyakorlással beépítünk motoros sémákat születésünktől fogva. Az átvett majd beépített cselekvési mintázatok mindnyájunknál a tanulási folyamat során egyedivé válnak (Vikár 2007).

Moreno a bécsi parkokban, játszótereken a gyermekek játékát megfigyelve a spontán dramatikus aktivitást először színházi (Stehgreifstheater, Rögtönzések Színháza) majd gyógyító (pszichodráma mint pszichoterápia) gyakorlatba ültette át. A szerepelmélet és az emberi kapcsolatok működésének és felépülő vagy éppen felbomló hálózatainak megfigyelése alapján dolgozta ki a szociometria elméletét, melyben mindnyájunk társas szerepei és a körénk rajzolható szociális hálózat leképezhető. Ezen a ponton találkozunk a pszichodráma elméletével a szociológiával és a szociálpszichológiával mintegy a gyakorlatba átültetve az empirikus

tudományok elméleteit. Az egyén mint társas lény kapcsolati viselkedésének megismerésén és átdolgozásán keresztül realizálódó önismereti és gyógyulási lehetőséget kínál.

A pszichodráma a csoportterápiák közé tartozik, kis-, illetve középcsoportos formában működik felnőtt formájában. A gyermekek esetében alkalmazott gyermekpszichodráma keretei életkori sávoktól függően speciálisak, általában hat-nyolc gyermeknél többen nem vesznek részt egy csoportban a fokozott gondoskodás- és játékgényük miatt. A klinikumban a patológiás állapotok természetétől és célkitűzéstől függően változó létszámú csoportokkal dolgozunk (Zseni 2009).

4.3. A csoportpszichoterápiák hatótényezői a pszichiátriai klinikumban

A csoportterápiák elterjedése már a pszichodráma megszületése után vált rohamossá világszerte. A humán csoportok kutatása és a bennük rejlő lehetőségek kiaknázása a második világháború sokkjá után nagy lendületet kapott. A történelmi, társadalmi történések (köztük kiemelten reprezentált maga a háború, a Holokauszt, a Gulág), a fennmaradó politikai hidegháborús feszültség szembesítette az orvostudományt, a szociológiát, a születő szociálpszichológiát azzal, hogy mennyire töredékes a tudásunk az emberi csoportok működéséről – és ez milyen veszélyeket hordoz magában. A csoportozás elterjedése a klinikumban először az angolszász gyakorlatban (Foulkes, Bion) kezdődött (Yalom 2001).

A csoportterápiában a terápiás hatás forrása már nem elsődlegesen a pszichoterapeuta, hanem a csoporttagok egymásra gyakorolt hatásuk révén szintén kezelőkké válnak. A legtöbb csoportterápia az időtartam kisebb-nagyobb részében körben ülve zajlik, a kör strukturálisan homogénebb, egyenrangúbb helyzetet teremt, mint a két- vagy háromszemélyes munka. A csoportvezetők nincsenek frontális helyzetben, hanem a csoport fizikai- és lélektani terébe olvadva tevékenykednek.

A csoporttal való munka komplexitásából fakadóan több síkon is folyamatosan aktív figyelmet kíván. A csoporttagok egyéni történéseinek követéséhez társul az egyes résztvevők között zajló interperszonális történésekre figyelés, illetve az előbbi két fókusz kiegészíti a csoport egészének megtapasztalása, a csoportdinamika szintjének állandó vizsgálata. Az egyéni-, a kapcsolati- és a csoportszint párhuzamos követése a feltétele a kompetens

csoporthatározó munkájának. Ez a nagy teher részben elosztható, ha ketten, koterápiás formában vezetik a csoportot.

A csoportban az egyéni terápiához képest fokozottabban tapasztalható a problémák, konfliktusok, feszültségek kezelése mellett ugyanezek keletkezése. Nem beszélhetünk tisztán professzionális vagy neutrális közegről. A páciensek számára sokkal kevésbé védett közeg ez, mint az egyéni terápiák tere: a csoporttagok egyszerre segítik és gátolják, inspirálják és bosszantják egymást. Ugyanakkor a csoporttagok támogató figyelme, a csoporttitok erős protektív tényező. A csoport életszerűségéből fakadóan kiváló gyakorlóterep is különböző új vagy módosított viszonyulások és viselkedésformák kipróbálására. A csoportbeli tapasztalatok „letesztelve” vihetők ki a reális egyéni élet kockázatosabb színterére (Yalom 2001).

A csoportterápiák gyakorlati és metapszichológiai alapvetésének megalkotásában két jelentős pszichoanalitikus és csoportozó, Bion és Foulkes gondolatait foglalnám össze az alábbiakban. A klinikai pszichodráma-csoportok történéseit hol látványosan, hol rejtetten meghatározó csoportfolyamatok megértéséhez adnak támpontokat.

Bion a háborús idők katonakórházi tapasztalatai után a londoni Tavistock Klinikán folytatta csoportpraxisát és kutatásait. A csoporttörténések megértését segíti elméleti modellje, mely egy csoportban két csoportot feltételez: egy láthatót és egy láthatatlant. Az előbbi a munkacsoport, mely feladatokat, célokat szem előtt tartva a realitásnak megfelelően működik. Az utóbbi az alapfeltevés csoport, melyet fantáziák, rejtett feltételezések és vágyak határoznak meg. A csoportvezetés folyamán mindkettőt szem előtt kell tartani, bár az utóbbinak csak részben vannak tudatában a csoporttagok és a vezetők.

Bion (1961) három alapfeltevés-típust különböztet meg, melyek elemi szinten meghatározzák a csoporthangulatot. A függőség alapfeltevése a dependens csoportok sajátja, mely a megoldást a vezetőtől várja. A klinikai gyakorlatban ez a leggyakoribb forma: nagy nyomás nehezedik a vezetőre, a csoport gyámoltalannak érzi magát. Ebben a hangulatban dolgozik általában egy klinikai pszichodráma csoport, fontos cél a csoport függőségi igényének kiszolgálásán túl az önállóság és az önbizalom növelése, a dependencia csökkentése.

A harc-menekülés alapfeltevés az agresszív impulzusok és fantáziák elhatalmasodásakor jellemzi a csoport légkörét. A háborúra vagy ellenállásra jellemző szociális tudatállapot ez, amikor a csoport a túlélésért küzd az. Az egyéni szempontok a csoport érdekei mögé szorulnak, a fenyegetettség érzés uralkodik el mindenkin. A pszichiátriai szakrendelés

közegét a betegek szociális nehézségei, beilleszkedési problémái és gyakori paranoid intenciói nyomán néha eluralja ez a hangulat.

A párképzés alapfeltevése a szeretetkapcsolat iránti fokozott igényből fakad. A csoporttagok ilyenkor egymás szeretetének elnyeréséért küzdenek, a párhelyzet intimitására vágnak. A csoporttól szeretetkapcsolati igényeik kielégítését várják, regresszív, önfeledt állapotra vágnak. Klinikai helyzetben a páciensek gyakran a párkapcsolati, családi csalódásaik nyomán keletkezett sérüléseiket kapcsolatkereséssel, udvarlással, közeledéssel igyekeznek kompenzálni a csoport terében. Az ismerkedő, párkereső célokat háttérbe kell szorítani, elfogadtatni a csoporton belüli baráti, szexuális kapcsolódás tilalmát. Mindezt tesszük ezt annak az ígéretével, hogy személyes életükben a párkeresés a csoportterápia hatására sikeresebb lesz.

A pszichodráma szociometriai szemléletéhez jól illeszthető Foulkes (2000) mátrixelmélete. Csoportszemléletében az egyén számára a csoport mindig adott, mivel minden egyén kapcsolatok csomópontjaként fogható fel fogantatásától kezdve. Metapszichológiájában a csoport a valóságos létező lélektanilag, az egyén a csoportok közti hovatarozásból keletkező absztrakció. Történelmi, szociálpszichológiai szempontok alapján a csoport ősbib konstrukciónak tekinthető az egyénnél, a csoporttudat megelőzi az egyéni tudatot.

A pszichodráma csoport egészének átláthatóbbá tételét megkönnyíti a három szintű mátrix-modell. Az alapmátrix a biológiai jellemzőink, a kultúránk által meghatározott kapcsolatrendszer. A dinamikus mátrix az adott csoport történéseinek, szokásainak alapján alakul ki. Az egyéni mátrix az egyénre jellemző kapcsolati fantáziákból áll össze. A három mátrix együttesen van jelen a csoporttörténések minden pillanatában. A pszichodráma-csoport felépülésében fontos, hogy felváltva előtérbe kerüljön a társas valóság tágabb köre, a csoporttörténések tere és az egyéni probléma egyaránt.

A csoport-többlét az intrapszichés és interperszonális történések párhuzamos megfigyelésének és átdolgozásának lehetőségéből fakad. Mind a csoporttagok, mind csoportvezetők egyszerre foglalkoznak a belső történésekkel – az egyéni élettörténet, élethelyzet minél teljesebb megértésével – és a kapcsolati történésekkel. Az utóbbiak gazdagsága, inspiráló és destruktív ereje a csoportvezetőre a spontán terápiás történések őrzését és a romboló folyamatok kiszűrését ruházta feladatként. A csoportfejlődés hozadékai mint a nemspecifikus terápiás hatás lényeges összetevői tekintendők: az ember társas igényei és képessége a társas támogatásra mintegy kiegészítik egymást. Ebben a közegben a pszichoterapeuta feladata legalább annyira a produktív folyamatok őrzése, mint a terápiás

történekek strukturálása: meg kell találni az egyensúlyt az intervenciók alkalmazása és a figyelmes visszahúzóds között (Sarkady & Frenkl 2009).

4.4. A pszichodráma sajátosságai

A pszichodráma emberképe a hagyományos pszichopatológiai szemlélethez nehezen illeszthető. Moreno az embert eredendően társas lénynek tekinti, aki egész élete folyamán társas közegben képzelhető el. Szociális élményei segítik személyisége kibontakozását, ezek teszik produktívvá, és betegítik meg egyszerre. A foulkes-i modellhez hasonlóan az egyént nem tartja önmagában definiálhatónak, vizsgálhatónak. A legkisebb vizsgálható egység az ún. szociális atom, azaz az egyén és a közvetlen kapcsolati hálózatának egybefüggő rendszere. A pszichodráma olyan csoportpszichoterápiás módszer, amely az egyéneken belüli feszültségeket, konfliktusokat, intrapszichés folyamatokat dramaturgia segítségével megjeleníti, színpadra helyezi, azaz externalizálja.

Moreno fejlődépszichológiája (Sarkady & Frenkl 2009) az önérzékelés és a társas kapcsolatok szabályozása szerint különböztet meg szakaszokat. Ezek a fázisok a klasszikus fejlődélméleteknek is megfeleltethetők. A pszichodráma klinikai felhasználása során ennek megfelelően követhetőek a csoporttagok pszichopatológiai állapotai, ahogy a társas érintkezésben részt tudnak venni. Az all-identity fázisában az én és a tárgyak még nem különülnek el, az énhatárok még átjárhatóak. Ezt a regressziós szintet a klinikai felhasználás során ritkán érintjük. Az all-reality szakaszban tapasztalati szinten már különválasztja az ént a másiktól, az én kiemelkedik a társas történekek halmazából, de a fantázia és a valóság még nem válik külön. Ez megfeleltethető a tárgykapcsolat-elméletek szkizoid-paranoid pozíciójának. A klinikai csoportban a páciensek (gyakran pszichotikus) szorongásai gyakran ilyen természetűek, fenyegetőek, kezelhetetlenek. Ezeket a félelmeket sokszor nem verbalizálják, de általában feltételezhetőek az elmondottak mögött.

Az énefejlődés következő fázisában válnak jól szétválaszthatóvá a fantáziák és a valóság. Bővül a gyermek szereprepertoárja, a legfontosabb kapcsolatai internalizálódnak, belső reprezentációkként, a morenói terminológiában segéd-énként léteznek. Ez váltás a pszichodinamikus és kognitív elméletekben szintén megjelenik, a szimbolikus gondolkodás lehetségessé válik. Ezáltal megjelenik a gyermekjáték fejlődésében a szerepjáték lehetségese,

ahol a mintha-valóságban történő dolgok már nem fenyegető, hanem kezelhető, sokszor kalandos, élvezetes fantáziák a gyermek számára. Ez a szimbolikus játék a dramatizálás alapja, ekkor válik képessé az ember az elképzelt valóság használatára a realitásban való jobb eligazodásának érdekében.

A játék során életünk szereplőit (releváns tárgykapcsolatainkat) a segéd-ének jelenítik meg. Ők azok a szereplői az életünknek, akikkel az adott játékban foglalkozni szeretnénk (például szülő, gyermek, partner). A pszichodráma színpadán a segéd-ének jelenítik meg a főszereplő, a protagonista társas világát: az én részeinek tekinthetők, kapcsolati életünk szereplőinek belső reprezentációi – a Kohut (1979) szelftárgy fogalmához hasonlóan.

A pszichodráma keretei szabályozottak, a csoporttörténekek strukturálása a vezető feladata. A feldolgozásra kerülő tartalmak, tehát a csoport tematizálása általában a csoporttagokra van bízva. A csoportterápiás alkalmak felépítése szerkezetileg hármasságot tükröz: a felmelegedési (warming-up) szakaszt követi a játék, az emocionálisan legintenzívebb közös alkotási folyamat, majd az integrációs fázis során az élmények, tapasztalatok megbeszélése, tudatosítása által lezáródik a csoportalkalom.

A pszichodráma játék technikáját két alapvető irányzat jellemzi: az egyénre fókuszáló játékvezetés a protagonista-centrikus módszer, a csoportjátékot kialakító, csoportdinamikát követő rendezés a csoportcentrikus. A két módszer egy csoportfolyamaton belül általában kombinálódik, azaz az egyéni játékok között előfordulnak csoportjátékok is. A csoport aktuális állapota határozza meg, hogy milyen rendezési irányba indul el a vezető.

A pszichodráma technikai eszköztárának három legfontosabb eszköze a duplázás, a szerepcseré és a tükör. Ezek azok a metodikai eljárások, melyek elsődlegesen meghatározzák a pszichodráma mint pszichoterápia karakterisztikumát (Vikár 2007).

A duplázás során a kiválasztott csoporttag érzéseinek, gondolatainak megfogalmazása történik a vezető vagy egy másik csoporttag által (általában háta mögé állva hátsó hangként). Az empátikus, együttérző, mentalizáló képességeink által tudjuk ezt megvalósítani – a csoporttagok egymásra figyelését mélyíti ez.

A szerepcseré a pszichodráma játék során a szerepfelvétel, a szerepbe helyezés által kezdődik, majd a szerepek megjelenítésében, eljátszásában folytatódik. Azonosulási folyamatok által differenciálódik a másokra hangolódás képessége, aktiválódnak önismereti vonatkozások.

A tükör a csoporteseményekre való sajátos rálátást szolgálja – a játékos kívülről tekinthet a játékára. A játékfolyamatban keletkező ellenállás, elakadás esetében ez a szempontváltás sokat segít a folytatásban. A tükör gyakran értelmezési lehetőséget jelent a játékos számára: olyan érzések, fantáziák mobilizálhatók ebben a helyzetben, melyek a játékban, a szerepekben gátolva maradnak.

A betegséget és a patológiás folyamatokat az egészség hiányaként közelíti meg a pszichodráma emberképe. A bálinti paradigmához hasonlóan sohasem a betegséget, hanem a hozzánk forduló embert gyógyítjuk, annak egész személyiségét, a tüneteket és az ép működésű területeket egyszerre. A teljes személy fókuszba helyezése annak társas atomját jelenti, azaz kapcsolati hálózatának figyelembevételét. A pszichés betegség a páciens szerepzavarát jelenti, a szerepstruktúra felborulását: az igények, vágyak nehezen realizálhatók, a frusztráló élmények kerülnek túlsúlyba az egyén életvezetése során. A szerepek zavarának rendeződése jelenti a gyógyulás útját, melyben az egyensúlyát veszített egyén új stabilitást talál az életében (Zseni 2009).

Mind szemléletében, mind terminológiájában közel áll a morenói gondolkodás a humanisztikus pszichiátriai irányzatokhoz. Ezek szerint nem létezik egyetemes normalitás, mindenkinek a saját egyéni egyensúlya létezik vagy veszik el, és annak visszaszerzése az elsődleges terápia cél – természetesen a kapcsolati, családi, társadalmi környezet érdekeinek figyelembevétele mellett.

A pszichodramát a rendszerszemlélete rokonítja a családterápiákkal is, melyek szintén kapcsolati keretek között értelmezik az emberi viselkedés, érzelmszabályozás és gondolkodás jellegzetességeit. A változás lehetőségeit az adott helyzet megértésén keresztül igyekezik elindítani, kevés előre tervezett támpontot és prekonceptiót használ – hasonlóan a palo alto-i, rendszerszemlélettel dolgozó, családterápiás csoport gondolkodásához (Watzlawick, Weakland & Fisch 2008).

A terápiás folyamat kiindulása olyan erőforrásokat, változtatási potenciálokat vesz figyelembe, melyek mindnyájunk számára adottak személyiségfejlődésünk során. A spontaneitás fogalma fedi alkalmazkodási készségünket, mely által megszokott helyzetekben új viselkedésmódot tudunk kialakítani, illetve ismeretlen helyzetekben korábban bevált viselkedési stratégiákat alkalmazhatunk. Korai életszakaszunkban rendkívül spontának vagyunk, később egyre komplexebb tanulási folyamatok által ez a hajlamunk a váratlan megoldásokra beszűkül, de nem szűnik meg sohasem. A pszichiátriai betegek tehetetlenek,

kiszolgáltatottnak érzik magukat, nem látnak lehetőséget a változtatásra. A spontaneitás felélesztése csökkenti passzivitásukat és reménytelenségüket, a változtatás lehetőségét kínálja fel.

A körülöttünk lévő valóság befolyásolásának, megváltoztatásának képessége a kreativitás. Ennek a működtetése a szerepekkel való játék során megtapasztaltatja a páciensekkel, hogy aktívan tudják alakítani az őket körülvevő szociális valóság viszonyait.

A spontaneitás és a rá épülő kreativitás csökkenése és zavara a pszichés betegségek mindegyikében megjelenik, újra aktiválásuk a gyógyulási folyamatban ezáltal központi jelentőségű. A páciensek számára gyermekkoruk játékait idéző pszichodráma-helyzetek ezeknek az eredendően meglévő készségeknek az elérhetővé válását eredményezik. A spontaneitás és a kreativitás újratalálása a pszichodráma hatásmechanizmusának alapja a klinikumban, a cselekvéseikben, önérvényesülésükben gátolt páciensek esetében.

4.5. Az IBS pszichodráma-pszichoterápiája

A csoportterápiás tapasztalatok alapján a pszichodráma hosszabb utánpótlással is kimutatható változásokat okoz az IBS-sel küzdő páciensek életminőségében (Arn, Theorell, Uvnas-Moberg & Jonsson 1989) 76). Csoportszintű és egyéni esettanulmányok egyaránt a testi tünetekkel való dramatikus munka lehetőségeit demonstrálják. A csoportterápia előtti és utáni tünetbecslő tesztek a kezelt páciensek állapotának javulását mutatják (szorongás és depresszió terén). Japánban végzett kutatásokban a pszichodráma kombinációja relaxációval fokozta a terápiás hatást (Kyoko, Keiko & Toshio 2001).

A pszichodráma egyedi lehetőségei a testi önérzékelés dramatizálásában rejlenek. A csoportbeli munka fókuszában az interperszonális kommunikáció áll: a páciens számára a legnagyobb kihívást az jelenti, hogy miképpen tudja érzelmeit, indulatait, vágyait testi tünetei mellett más módon is kifejezni (Vikár 2007). A szabad, spontán és kreatív önkifejezés képessége, a játék újrafelfedezése az általános, nem-specifikus pszichoterápiás hatás forrása. Az IBS-sel társuló szorongás az elsődleges terápia cél – ezáltal válik lehetővé a további munka a tünetek jobb megértése és feloldása irányában.

A szomatizáció által kialakult betegszerep a pszichodráma színpadán, a mintha-térben megjelenítve sajátos tükröt mutat a páciensnek önmagáról. A dramatikus feldolgozás során kívülről is meg tudja szemlélni, mit is jelentenek a tünetei környezete számára. A szerepcsere által megtapasztalhatja, hogyan látják őt kapcsolati élete fontos szereplői. A betegszerep mellett felkínálhatók számára alternatív szerepek is.

4.6. Esetbemutató

4.6.1. Kinga panaszai és anamnézise

A bemutatott páciens a pszichiátriai szakrendelésen működő pszichodráma csoportban vett részt. Az IBS tüneteivel való pszichodramatikus munka előtt a páciens kórtörténetét és tünetképzésének jellegzetességeit mutatom be. Háziorvosa beutalójával és pánikbetegség iránydiagnózissal érkezett a pszichiátriai szakrendelésre. A 28 éves páciens életében pszichiátriai kórelőzmény nem szerepelt. Aktuális panaszai elsődlegesen szorongásos jellegűek voltak, hasi panaszokat említett kísérő tünetként.

Az első pszichiátriai vizsgálat után pánikzavar diagnózissal klinikai pszichológushoz irányították kombinált farmako- és pszichoterápiát javasolva. A pszichiáter által javasolt gyógyszerek alprazolam és paroxetin voltak. A páciens telefonhívása jelentette kapcsolatunk kezdetét. Bemutatkozott, és megemlítette, hogy pszichiátere javaslatára és egyben önszántából keresett meg. Ennek közlése után határozottan időpontot kért. Az első találkozásunkra néhány perc késéssel érkezett. Hosszú, barna hajú, barna szemű, sportos testalkatú és ruházatú fiatal nő állt előttem. Bemutatkoztunk, jeleztem, hogy elkezdhetjük. Felém fordult, miközben kezét tördelte, feszengett. Figyelmem megosztott volt mondandója és élénk testi reakciói között.

A családi anamnézis szerint szülei legnagyobb gyermeke. Két húga és egy öccse született. Öccse születése előtt, a páciens tíz éves korában a szülei konfliktusos évek után elváltak. Mindkét szülője fizikai munkás, az apa gyakran alkoholizált, a családi veszekedések mindennaposak voltak. Testvérei mellett általában gondoskodó feladatokkal bízták meg. Anyja igyekezett minél többet dolgozni, ő gyakran került pótanymatya szerepbe.

Budapest környékén egy nagyközségben nőtt fel nehéz szociális körülmények között. Iskolai tanulmányait jó eredménnyel végezte, érettségi után anyagi nehézségek miatt

nem tanulhatott tovább. Huszonévesen felvételizett történelem szakra, egyetemre járt a pszichoterápiája idején is. A csoportterápiája idején nagy motivációval merül el tanulmányaiban, terveit szerint hamarosan jelentkezik mesterképzésre. Családjában első generációs értelmiségének számít – ez egyrészt növeli önbizalmát ugyanakkor fokozott szorongással tölti el, hogyan fogja megállni a helyét az új kihívások között.

Kapcsolati életéről kérdezem. Párkapcsolatai serdülőkorában kezdődtek, általában hosszabb ideig tartottak. Terhessége, terhesség-megszakítása nem volt, a terápiája idején már vágyik az anyaságra. Jelenleg évek óta tartó párkapcsolatban él, melyben biztonságban érzi magát. Házasságot terveznek, némiképp csalódott a kapcsolati érzelmek intenzitásának csökkenése miatt.

Kinga pszichés állapota és élethelyzete a legtöbb ponton megfelelt a szorongásos és depressziós tünetekkel kísért szomatizációs funkcionális zavar kritériumainak. Az irritábilis bél szindróma testi tünetei váratlanul jelentek meg, életminőségét számos területen lerontva. A tüneteivel való szembenézés intenzitását, mélységét igyekszem körüljárni. A szomatizáló páciens követésében nagy figyelmet kell fordítanom a fantázia és a realitás közötti közlekedésre: a csalódás és a túlterhelődés veszélyét hordozza a szimbolikus jelleg jelölésének, hangsúlyozásának rossz időzítése. Szimbolikus és preszimbolikus (imaginárius) tartalmak egyaránt köthetők a testi tapasztalatokhoz: az előbbi a nyelvhasználatnak megfelelő, az utóbbi preverbális logikát követ.

A szomatizációs tünetképzés során a múlt és a jövő közötti dialógus központi történésként értelmezhető. A páciens sajátos módon tud kapcsolatot teremteni gyermekkora traumatikus eseményeivel, melyek magyarázó erővel bírnak a jelen történéseire nézve is. A hasi tünetekbe menekülés a pszichoterápiában nem diszfunkcionális viselkedésként értelmeződik, hanem a múlttal való kommunikáció egy formájaként. A tünetek a kezdeti én-idegenség után így elfogadhatóbbak lesznek, a páciens kíváncsibbá válhat önmagára. A rendezetlen kapcsolati helyzetek korrekciós lehetőséget kapnak az áttételi-viszontáttételi történések kibontása során.

4.6.2. Kinga többszemponú pszichodiagnosztikája és pszichodinamikája

Az elvégzett pszichodiagnosztikai vizsgálatok három csoportba sorolhatók: tünetbecslő skálák, kognitív sémákat illetve felnőtt kötődést vizsgáló kérdőíves módszerek és projektív teszt. A szorongás mérésére Spielberger-, a depressziós tünetek felmérésére Beck-

skálákat használtam: mindkettőben tüneti tartományon belül volt. Szociokognitív sémáit a Young-féle séma-kérdőívvel igyekeztem feltérképezni. A teljesítményhelyzetekhez kapcsolódó szorongások kiugróan magasak voltak: a páciens fokozott igényt mutat a pozitív megerősítések iránt. Az önfeláldozás sémája is hangsúlyos, vélekedése szerint sokat kell teljesíteni mások figyelmének, szeretetének eléréséért. Projektív vizsgálatként elvégzett Madárfészek-rajz (BND, Donna Kaiser nyomán) vizsgálata aggodalmaskodó, bizonytalan kötődési mintát mutat.

A szcénikus helyzetet meghatározta a szégyen hangvétele. Kinga elfogadhatatlannak érzi magát amiatt, hogy szorongásait nem tudja kezelni. Meghallgattam őt, visszajelzéseim egyike volt a tervezett munka önismereti jellegének kiemelése: fontos lenne megértenünk, honnan származhatnak a pánikrohamban, testi rosszullétben átélt érzések. Erre a perspektívára nyitott volt, nem várt tőlem tanácsot, igazságtételt. Átgondoltnak éreztem a kérdésfeltevését, választ, gyors feloldozást nem várt tőlem.

Pszichodinamikai diagnózisában a feloldatlan ödipális és preödipális (szeparációs félelmekkel teli) feszültség nyomán keletkező szorongásos zavar körvonalazható. A fiatal szakmunkásként dolgozó partnere – a páciens érzése szerint – nem adja meg számára azt a megnyugtató odaadást és kizárólagosságot, amit – magyarázza – az élethelyzetükből fakadóan nehezen is adhat. Ödipális korszakát beárnyékolta apja iszákossága, időnkénti brutalitása. Ezzel párhuzamosan anyai azonosulása sem teljesebben ki a szülő érzelmi elzárkózása miatt. A büntudat és az érzelmi veszteség (a szülői szeretet és figyelem múltbeli és a partner jelenbeli teljes megszerzésének képtelensége) együttesen vezetnek fokozott szorongáshoz.

Elhárításként az elfojtás dominál: sem a partnerével, sem elhanyagoló szüleivel kapcsolatos destruktív érzéseivel nem tud szembenézni. Azokat elfojtva elsősorban önmagára neheztel. Büntudata neurotikus tünetképzést jelez. Szomatizációjában egyszerre jelenik meg a regresszív és a narcisztikus komponens, fokozott törekvése arra, hogy énídeálját védeni próbálja. Ezt egy próbaértelmezésem megerősítette. Arra utaltam, hogy testi tüneteire hasonlóan nehéz lehet szülei múltbeli életvitelét elfogadnia, kicsit sajátjainak is éreznie, mire bólintott és hosszabban hallgatott, mint korábban bármikor.

A rejtett érzés az apára irányuló csábítás, és annak tudata, hogy bármilyen sikernek rémséges következményei lehetnek. A büntető anya alakja a testi, emésztési-hasi szenvedéshez kapcsolódik. A kapcsolati történések a mi interakcióink felől a párkapcsolati és azon túl az apai dinamika irányába mutatnak. Az eltervezett pszichoterápia kapcsán

megjegyezte, hogy miközben szükségét érzi, meglehetősen fél is tőle. Ez az ambivalencia a partnerkapcsolatát is jellemzi: elköteleződése mögött feszültség, harag és ellenérzések húzódnak. Apja irányában a vágy és a tiltás kettősségét idézi ez.

4.6.3. A klinikai pszichodráma csoport keretei és működése

A csoporttagok egy budapesti kórház pszichiátriai szakrendelésének páciensei közül kerültek ki. Az intézmény kerületi szakrendelőként és pszichiátriai gondozóként működik, mely ambulánsan kezelhető pszichiátriai betegeket lát el. A betegek többsége háziorvosi vagy szakorvosi beutalóval érkezik, kisebb része kórházi osztályról kikerülve kéri ambuláns kezelését.

Pszichoterápia mint kezelési lehetőség az ambulancia gyakorlatában zömében a szorongásos, depressziós kórképek esetén merül fel illetve kooperáló borderline páciensek esetében. A csoportot a motivált páciensek első interjúi után indítottuk kétheti rendszerességgel, egyszerre öt terápiás óras időtartamban. Egyéves munkára kötöttünk szerződést, három nyitott alkalom után zárt csoportmunkával. A csoporttagok teherbírásának megfelelt ez az időtartam, verbális munkára, protagonista játékokra egyaránt jutott idő.

Tapasztalataink szerint az első interjúk háromnegyede megjelent az első csoporton. Három alkalmat szántunk a végleges csoport kialakulásának. Ezt követően kilenc-tíz állandó csoporttaggal folytattuk a munkát. A csoport helyszíne a szakrendelő épületében lévő, csoportszoba méretű pszichológiai rendelő volt.

A terápiás szerződésben a páciensek tüneteinek enyhítésén, megszüntetésén túl a személyiségük működésének jobb megértését célként tűztük ki. A terápiás jelleg ebben az értelemben magában foglalja az önismereti munka fontosságát is. A pszichoterápiás szemlélet pszichodinamikus volt, mely a pszichodráma technikája mögötti értelmezési keretet meghatározta. Az interperszonális kapcsolatok fontossága és a személyiségfejlődés interaktív jellege nagy hangsúlyt kapott. A páciensek életkörülményei, élettörténete került a fókuszba a pszichés, szomatikus tünetek mellett, a csoportmunkát meghatározó bálinti, morenói emberképben a beteg a főszereplő, nem a tünete.

Az önismereti jelleg hangsúlyozása segítette a csoporttagok énképének differenciálódását is. A páciensek korábban szorongásos-depressziós tünetek nyomán pszichiátriai szakrendelésre kerültek, ez definiálta számukra a betegszerepet. A gyógyszeres

terápia beállítása tovább fokozta függőségüket, rászorultságukat egy-egy szakemberre illetve a pszichiátriai ellátásra. A betegszerep a kiszolgáltatottságon túl magában foglalja a passzivitást is, a jó beteg a hagyományos medikális rendszerben nem kezdeményez, nem követel magának autonómiát. A drámacsoport passzivitásukat hirtelen, mintegy evidenciaszerűen aktivitásba fordította, ahol eddig a várakozás volt bennük valaki segítségére, ott cselekedniük kellett. A protagonista-centrikus vezetés fokozta az önmagukkal és társaikkal való kapcsolatban megélt aktív felelősség élményét.

4.6.4. A pszichodráma indikációi Kinga esetében

Kinga pszichés állapota és élethelyzete a legtöbb ponton megfelelt a szorongásos és depressziós tünetekkel kísért szomatizációs zavar kritériumainak. Testi tünetei váratlanul jelentek meg, életminőségét számos területen rontva. A tüneteivel való szembenézés intenzitását, mélységét a pszichodramát mindvégig meghatározó mintha-jelleg szabályozza, ez jelöli ki a potenciális teret (Winnicott 1971/1999), ahol az átmeneti jelenségek, az elsődleges tárgyakkal való játék zajlik. Az átmeneti térben történő játék a kreativitás forrása. Játékában nagy szerepet kap a protagonista: a fantáziája és a tárgykapcsolati reprezentációi megjelenése által. A szomatizáló protagonista vezetésében nagy figyelmet kell fordítani a fantázia és a realitás sajátos kapcsolatára, a szégyenérzés eluralkodása folyamatos veszélyt jelent. A csalódás és a túlterhelődés rizikóját hordozza a mintha-jelleg jelölésének, hangsúlyozásának elmaradása. A rendezetlen kapcsolati helyzetek jelölten játékos légkörben korrekciós lehetőséget kapnak a dráma színpadán.

A csoport elfogadása segíti legyőzni az izoláció élményét, a páciens átélheti, hogy sajátos szomatikus panaszai és tünetei mássá teszik ugyan, de így is része lehet egy közösségnek, elfogadják és támogatják csoporttársai. Kinga esetében a testi tünetekhez kapcsolódó szégyen-élmény átdolgozásának esélye a pszichodráma csoportban kérdéses volt számomra. Biztató volt, hogy ő már a kezdést megelőző fél évben több helyen keresett segítséget, elmondható történetet formált az eseményekből. A csoport természetesebb szociális közeg, mint egy szakember szerepben lévő személy (pszichiáter, pszichológus), a csoport visszajelzései nem professzionálisak, így a páciens számára is az elfogadás természetesebb élményét nyújtják. A csoport anyai funkciója biztosítja a holding élményének többletét. A csoport által kínált keretben lehetőség nyílt új kapcsolati lehetőségek kipróbálására, ahol az egyéni terápiás settingben a páciens számára potenciálisan megjelenő kiszolgáltatottság és

alárendelődés miatti szorongás helyett inkább a mellérendelt, partneri relációs formák kapcsolati érzései dominálnak.

4.6.5. A pszichoterápiás folyamat alakulása

A másfél éves csoportfolyamat során egy vignettája (rövid játéka) és két protagonista játéka volt Kingának. Tünetei a harmadik játék során kerültek fókuszba, ennek részletes elemzésére kerül sor az alábbiakban. A csoportfolyamat során relatíve késői munka az IBS okozta szenvedéssel feltehetően a tünetekhez kapcsolódó fokozott szégyenérzet miatt történt. A páciens útja a családi, párkapcsolati konfliktusok játékba vitelén keresztül vezetett a hasi tünetekkel való szembenézés felé.

A csoport első, ismerkedési fázisában anyjával való kapcsolatát jelenítette meg a páciens. Vignettája keretében egy képben tudott ránézni anyakapcsolatára. Ez a rövid játék a pszichodráma-technikával való ismerkedésre is szolgált, melyben a páciens megtapasztalhatta, milyen módon tudja megjeleníteni életének szereplőit, találkozásait, konfliktusait. Az első rövid játék (vignetta) során Kingának sikerült a dramatikus technikákat használni pszichoterápiás, önismereti munkájában. Anyjával való kapcsolatában passzivitása csökkent, kezdeményezőbb, aktívabb mert lenni a pszichodráma színpad mintha-terében.

Ezt két hónappal követte második dramatikus főszerepe, első hosszabb protagonista-játéka. Ebben párkapcsolata és egyik húgával való kapcsolata került fókuszba. A pszichodráma színpadán több kép követte egymást, jelen és múlt között megindult a mozgás: a páciens emlékezni, fantáziálni és konstruálni egyaránt tudott. A térbeli helyszínek és időbeli síkok váltakozása során Kinga egyre sokrétűbb képet fest problémájának természetéről. Szomatizációs zavara még ezen az alkalmon sem kerül fókuszba.

A részletes elemzésre kerülő harmadik játék a csoportfolyamat lezárásához közeledve zajlott le. A csoporttagok között a bizalom elmélyült, a közös munka feltételei ekkor váltak Kinga számára olyan biztonságossá, hogy testi történéseit be tudta hozni protagonista játékába. Az alábbiakban jelenetekre bontva mutatom be a kiválasztott protagonista játékot. Az elemzés során az IBS tüneteinek nyomában megjelenő intrapszichés tartalmakat, feszültségeket igyekszem megragadni. A pszichoterápiás munkában az önismereti fejlődés, a növekvő reflektivitás kibontakozását követem. A páciens számára tudatosuló szorongások veszítenek eredeti erejükből, amivel fenntartják a szomatizációs tüneteket.

1. jelenet

Hasi tünetek nyomán fokozódó szenvedése vizsgára tanulás közben jelentkezik – ez az indító szcena. Kinga szerepcserével a hasi fájdalom szerepébe lép. A megtestesült fájdalom és Kinga dialógusa először megreked, majd a képet kívülről megnézve (tükrözve) a páciens fantáziája nyomán történik meg az üldöző, kínzó apa megjelenése a fájdalom szerepében, aki nem hagyja az egyetemi vizsgájára készülő lányát tanulni.

A páciens nem tud kapcsolatot teremteni apjával, a kommunikáció egyoldalú, agresszor és áldozat áll egymással szemben. A páciens befelé figyelését segítik, a pszichoterápiás munkát katalizáló regressziót fokozzák az alábbi kérdések: Mi ez? Mi történik? Honnan ismerős ez a helyzet? A testi narratíva mellett megjelenik az élettörténeti narratíva – a valós élettörténeti szereplők a páciens figyelmét a tüneti szint felől a kapcsolati szint felé terelik.

A játék során zajlik a konstruált szomatizációs testi tünet dekonstrukciója: a testi tünetből igyekszünk újra dramatikus képet, eseményt csinálni. A pszichodinamikus elméletek szerint a szomatizációs tüneteknek interperszonális céljai vannak. A szociális tanulás oldaláról közelítő modellek más terminológiával, de hasonlóan elsődlegesen kapcsolatszabályozó jelentőséget tulajdonítanak a tüneteknek. A bevezetőben idézett szerző, Joyce McDougall (1989) színpad metaforája itt kézzel foghatóvá válik: a testi fájdalom megmutatja magát, megszemélyesedik, kívül kerül a testen, ezáltal elindíthatja a diskurzust. A fájdalom maga verbálisan nehezen megragadható, viszont a megjelenő apakapcsolat emlékek, történetek szövetébe ágyazott, ezáltal elbeszélhető.

2. jelenet

Megjelenik a testi tünetek nyomán felidézett gyermekkori esemény: a részeg apa fenyegeti az anyát, bántalmazni kezdi. Kinga legnagyobb gyermekként az apa ellen fordul, aki őt nem bántja: félelem keletkezik a fizikális trauma helyett. Összekapcsolódik az IBS aktuális tüneteivel a fenyegető, bántalmazó apa reprezentációja: a tünet egy dramatikus narratívában értelmeződik. Az első kép szimbolikus konfliktusa itt tényleges konfliktus keretébe kerül. A testi fájdalom „vörös fonálként” jelöli ki a dramatikus munka útját. A gyermekkori történet folytatásában az apa végül tajtékozva elmegy otthonról néhány órára. Közvetlen fenyegetést már nem jelent meg, a feszültség oldódott. Mire az apa hazaér, Kinga elalszik. A gyermekkori

emlékekkel való munka számtalan testi érzést szabadít fel az implicit memóriánk aktivitása által. Izomfeszülés és görcsös sírás egyaránt megjelennek ekkor – Kinga átéli, ahogy a testével emlékezik, fantáziájával pedig kitölti a történetben keletkező hézagokat. Félelmei, szorongásai egyik kézzel fogható eredőjével találkozik, a színpad, a csoport (őt magát is beleértve) adnak keretet őrző apjának. Ezáltal kiszabadul az emlék egyedül őt fenyegető hatalmából, a csoportban, a drámában történő „anyagcsere” során felszívódnak és kiválasztódnak emlékmorzsák. A hasi fájdalommal küzdő páciens átéli, ahogy a pszichodrámban megőrzéssel, átalakulással zajlik az emésztés.

3. jelenet

A következő, gyermekkori jelenetben az apával kapcsolatosan kellemes emlékek szabadulnak fel. Kisiskolás kori születésnap idéződik fel, az elvált apa tortával fogadja a kislányát, aki nála tölti a napot. Megfájdul a hasa, az apa nyugtatja, simogatja – ez az érzés tudja felülírnia fájdalmat. Differenciálódnak az apához kapcsolódó reprezentációk: egymás mellé kerül a fenyegető és a simogató apa. A páciens szembesül a nehezen tolerálható ambivalencia-érzéssel apja kapcsán: a mintha-térben elviselhetőbb ez a sokarcú apa, mint a realitásban.

4. jelenet

A negyedik képben, a jelenbe való visszatérésben újra megidéződik az apa alakja. De ekkor már a múltban megszelídített, a tünetekben megszemélyesített szülővel sikerül felvenni a kapcsolatot. A vizsgára készülés jelen idejű képében beszélgetést tud kezdeményezni apjával. Fel tudnak tenni egymásnak békés körülmények között korábban meg nem fogalmazott kérdéseket, elkezdődhet az érzésekről folytatott dialógus apa és lánya között. Miközben az utolsó kép az induló szituációhoz hasonló helyzetet idéz fel, a páciens új kompetenciákkal tud küzdeni testi tüneteivel: a fájdalomérzés elhalványul az apával való együttlét érzései mögött. Kinga megtapasztalhatja mi is rejlik hasi panaszai mögött, hogyan hordozza magában feszültségekkel, indulatokkal terhelt apa-kapcsolatát. Ráláthat arra is, hogy testi tünetei drága áron hogyan kímélték őt meg attól ez eddig, hogy szembenézzen apjával kapcsolatos félelmei és közelségkeresése ambivalens érzésvilágával.

A pszichodráma játék folyamatelmzése során a múlt és a jövő közötti dialógus központi történésként értelmezhető. A páciens a csoport támogatásával tud kapcsolatot teremteni gyermekkorai traumatikus eseményeivel, melyek magyarázó erővel bírnak a jelen történéseire nézve is. A hasi tünetekbe menekülés nem mint diszfunkcionális viselkedés értelmeződik, hanem a múlttal való kommunikáció egy lehetséges formájaként. A tünetek a kezdeti én-idegenség után elfogadhatóbbá válnak, a páciens kíváncsivá válik önmagára.

A játék után az IBS-sel folytatódhat a harc. A változás nyomán már nem mint külső ágens ellen, hanem belsővé tehető dialógus formájában. A „már megint mi történik velem” helyett a „mi zajlik bennem” kérdés tehető fel, a tünetek passzív elszívése mérséklődik, a páciens aktív figyelemmel fordul önmaga felé. Az externalizált, külsővé tett fájdalom a dramatikus munka nyomán másként kerül belülre, szelídítve, megmunkálva internalizálódik újra. Kinga a saját ellenálló és közelségteremtő erejét tapasztalta meg a múlt emlék-epizódjainak megjelenítése során.

A csoportfolyamat utáni katamnézisben a páciensről kettő és hat hónappal kaptam visszajelzést. A két hónappal későbbi találkozáskor felvett Beck-, a Spielberger-skálák és a maladaptív sématarományok (YSK) javulást mutattak a pszichoterápia előtti eredményekhez képest. A páciens hasi tüneteinek mérséklődéséről számolt be. A fél éves kontroll idején kötött házasságot barátjával, reményekkel tele beszélt jövőbeli terveiről.

4.6.6. Összegzés

Az IBS pszichoterápiás lehetőségei közül kívántunk egyet bemutatni. A diagnosztikai fázist követően igen fontos a kooperáló páciens számára a pszichoterápiát mint javasolt kezelést felajánlani. A bemutatott pszichodráma csoportterápiát farmakoterápia kísérte. A páciens életében nem csak tüneteinek csökkenése jelentett kedvező változást, hanem kapcsolati életében is elégedettebb lett önmagával. Kiszolgáltatottsága mind a testi történések, mind életvezetése szintjén mérséklődött. A dinamikus orientált pszichoterápiás munka során érzelmi élete kevésbé tudatos szintjével is tudott foglalkozni, ami növekvő magabiztosságot adott számára.

A pszichodráma mint a testtel végzett pszichoterápiás munka a szomatizáció esetében tapasztalataink alapján hatékonynak bizonyult. Az önismeret bővülése által az abdominális tünetek iránti szenzitivitás jobban bele tudott illeszkedni a páciens önmagáról

alkotott képébe. Testével való kapcsolata kiegyensúlyozottabbá, „barátságosabbá” vált. Az IBS folyamatosan mérséklődő tüneteivel élő testét kevésbé tekintette már ellenségének, inkább partnerként igyekezett segíteni neki, aki – ha küzdelmek árán is – de képes változni.

5. Ami a testben történik és elmondhatatlan – esettanulmányok

5.1. A hasi tünetekkel járó pánik pszichoanalitikus pszichoterápiája

5.1.1. A tér és az idő szakadásai, a terápiás kapcsolat viszontagságai

„Az orvosnak magának kell azt a képességét felfedeznie, hogy betegénél meghallja, ami szavakkal alig kifejezhető. Ezt azzal kell kezdenie, hogy ugyanazt a nyelvet önmagában is figyelje.” (Bálint 1957/1961, 87.o.)

A terebélyesedő kapcsolati tudás ad arra lehetőséget, hogy közösen átéljük a szimbolizációs és mentalizációs készségek gátoltságának időszakát (Pénzes 2014). Rekonstruálódik a korai kapcsolati helyzet, amikor anya és gyermeke elakadt az egymás érzelmeire való ráhangolódásban, és ezáltal mind a saját, mind a másik belső világában való elmélyülés gátoltta vált. Saját elakadásaimat az jelezte többször is, hogy a reverie állapota (Ogden 1997) egyre nehezebben vált elérhetővé számomra. A páciens élményvilágáról való gondolkodásban az álmokon túl az esetet illusztráló Frida Kahlo festmények segítettek nekem. Ezek képi világa képezte azt az átmeneti teret, mely egyszerre mindkettőnkéről és egyikünkéről sem szólt (Ogden 1985), és számomra a páciensről való gondolkodásra adott lehetőséget.

Gerda pánikbeteg, a közigazgatásban dolgozik. Megkeresésem pszichiáter javaslatára történt: barna hajú, barna szemű, határozott mozgású, gesztusaiban kicsit férfias, húszas évei közepén járó páciens lép a rendelőmbé. Panaszait összeszedetten hozza, tekintetében a várakozás mellett fokozott gyanakvást érzek. Rosszulléteiről szóló beszámolóival eláraszt: pánikrohamoktól, hasi fájdalomtól, emésztési zavaroktól egyaránt szenved. Érzelmeiről nehezen beszél, spontán módon inkább panaszai és napi történések kerülnek előtérbe. Az első órákon többször megjegyzi, hogy más szakemberek (belgyógyász, pszichiáter) kedvesebbek, szívélyesebbek vele, nem érti, én miért nem. A kapcsolat kiépítésének fázisában támadónak, destruktívnak érzékelem. Nem tudom, elég nagy örömmel fogadni, kételkedni kezdek magamban: megfelelő vagyok-e a számára. Nem sokkal később fogalmazódik meg bennem a

kérdés: miért szeretné, hogy lépten-nyomon éreztessem vele, mennyire fontos a számomra. Ezzel a kérdéssel dolgoztam tovább, várva, hogy előbb-utóbb választ kaphatok rá. A kívánt és a nem kívánt gyermek helyzete váltakozott a pszichoterápián belül zajló helykeresésében.

A pszichoterápia kezdetekor szüleivel és hűgával él, közigazgatási munkájában a politikai elköteleződése fontos tényező, diplomája után is tanul. Párkapcsolati életében lazulónak, felbomláshoz közelinek érzi akkori partnerével való viszonyát. Céлом, hogy a terápiás kapcsolatban a pánikreakció és a hasi panaszok mint az érzelmek hordozói és a múlttal való érintkezés értelmeződjenek. A tünetek így a kezdeti én-idegenség után elfogadhatóbbak lehetnek, a páciens kíváncsivá válhat önmagára.

Terveim szerint, a „mi történik velem” helyett a „mi zajlik bennem” kérdés tehető fel hamarosan, a tünetek passzív elszívvedése helyett Gerda aktív figyelemmel fordul önmaga felé. A testi fájdalom érzelmi tartalma az álmokkal való munka során internalizálódik újra. Az álmok (mint a gyermekek játékterápiájában) lehetséges valóságokkal benépesített átmeneti teret nyitnak (Winnicott 1999). Az álmok tere egy idő után tapinthatóan megjelenik a pszichoterápiás mezőben. Először én kérek tőle néhány álmat, majd magától is meséli őket. Gerda álmai képezték közöttünk a metaforikus-nyelvi játék terét, amelybe elsősorban a korai diádon kívüli apai személyként tudtam belépni, és ezáltal a terápiás kapcsolatban aktívabbá váltam.

A bemutatott pszichoterápiás folyamat sajátos időbeli és térbeli vonatkozásai a kapcsolati történések dinamikáját tükrözik. Gerda két alkalommal szakította meg a munkánkat tüneti javulásra hivatkozva, véleményemet nem kérdezte egyik alkalommal sem, rövid magyarázattal lépett ki mindkétszer. A szünetek után megkeresett, jelezte bajban van, én passzívan, bizonytalanul vállaltam a pszichoterápia folytatását. A kíváncsiságom és a kötelességérzetem, az apai áttétel segített elviselnem a korai, viszontagságos kötődési helyzet reflektálatlanságát. A harmadik szakaszban sikerült a lezárás a kölcsönös egyezséggel.

Az elszakadás és a visszatalálás tárgyának éreztem magam, olyan kötődési személynek, akivel az ellökés és a visszahúzás kapcsolati forgatókönyve ismételten eljátszható. Hermann Imre szavaival: „Az elszakadásra törekvést reakcióképződésként, a megkapaszkodás ösztönének elhárításaként, de egyszersmind a passzívan elviselt erőszakos elszakítás ismétléseként kell felfognunk” (Hermann 1943/1986, 118.o.). A korai anyai áttétel alapjaiban határozta meg közös munkánkat, annak küzdelmes, gyűlölettel, romboló érzésekkel kevert változata. Az átélt és elviselt kölcsönös bizonytalanság a terápia kimenetelét összességében kedvezően befolyásolta: a kölcsönös hangolódás nehézségei a korai ambivalens kötődési

helyzetet idézték, a korrektív élmény a kapcsolatért való küzdelem által vált elérhetővé. Az „elég jó szülő”, a kielégítő szülői gondoskodás a hibákat magában foglalva, azokat többkevesebb sikerrel korigálva biztosítja a gyermek számára a későbbi kapcsolati alkalmazkodást (Winnicott 2004).

A térbeli elhelyezkedés a terápiás folyamat második, középső, időben a leghosszabb szakaszában változott meg drámaian. Gerda az addig megszokott fotelból egy tőlem jóval távolabb (a rendelő terén belül a lehető legtávolibb) lévő kanapéra ült. Kérdésemre azt válaszolta, hogy nem szeretne közelebb ülni, ez így számára biztonságos és hosszútávon elviselhető. Újra passzivitásba menekültem, nem vállaltam küzdelmet, azzal vigasztaltam magam, hogy nem avatkozva az események folyásába jobban meg tudom figyelni az eseményeket. Később értettem meg, hogy passzivitásom saját destruktív indulataim féken tartását szolgálta. A kötődési szcena az érzelmeit nehezen kontrolláló, bénult anya és az eltávolodással, közeledéssel kísérletező gyermek kettősét idézte.

A kötődéelméletek az elkerülő kötődést és a hozzá kapcsolódó hiányos vagy ambivalens kommunikációs viselkedést olyan sajátosan adaptív alkalmazkodási kísérletnek tekintik, melynek célja a nyomasztó indulatok, érzelmek tudattól és kapcsolati eseményektől való távol tartása (Bowlby 2009; Fonagy & Target 1997). A hiányos mentalizálás a bántalmazó, elhanyagoló, nem szenzitív szülői környezetben a gyermek önvédelmét szolgálja: a másik érzéseire való ráhangolódás túlzottan megterhelő lenne számára az őt traumatizáló szülőjével alkotott diádban. A terápia kezdeti időszakában olyan kötődési személynek éreztem magam, akihez nehéz kapcsolódni, akitől tartani, félni kell. A nyomasztó anyai áttétel oldódásában segítettek az álmok, számomra megnyitották az apai áttétel oldottabb, játékosabb tartományát. Az anyai és apai áttétel az álmokkal való munka elmélyülése idején párhuzamosan volt jelen. Az anyakapcsolatról szóló álmokkal való munka sajátos háromszemélyes helyzetet teremtett, melyben én apai, harmadik szereplő voltam, aki oldhatja az anya-gyermek diád feszültségeit (Target & Fonagy 2002).

A tünetek tartós fennállása, a kommunikáció sajátosságai disszociatív és elfojtásos folyamatokra egyaránt utaltak. Újra és újra előtörték szorongásai, testi tünetei, közben többször jobban lett átmeneti időre. A pszichoterápia folyamán az aktuális tünetek háttérbe szorultak, az álmokkal való munka által az időbeliséghez kevésbé köthető tapasztalatok, érzelmi viszonyulások kerültek előtérbe. A prereflektív és a dinamikus tudattalan (Kandel 1998) határvidéke mutatkozik meg az álmokban. A szégyen és a bűntudat (elfojtott tartalmak) mögött

– elsősorban az áttételben – érezhetővé, láthatóvá válik az anyakapcsolat korai konfliktusa, az elszakadásra törekvés és az arra való képtelenség együttes jelenléte (implicit tartalmak).

5.1.2. Az érzelmeket hordozó nyelv megtalálása – munka az álmokkal

Bionnál (1962) az alfa funkció (mint a mentális funkciók egy jelenleg még nem ismert, talán megismerhetetlen készlete) átalakítja a béta elemeket “a nyers érzelmi élményekhez társuló érzékszervi benyomásokat” alfa-elemekké, amelyek kapcsolódni tudnak az érzelemvezérelt álom-gondolatokhoz. Az álom-gondolat olyan érzelmi problémát jelenít meg, amelytől az egyén szenved (Bion 1962; Meltzer 1984), és ez lendületet ad az álmodás képességének kifejlődéséhez (ami a tudattalan gondolkodás szinonimája). „Az álom-gondolatokhoz szükség van egy rendszerre is, amely kezeli őket[...] A gondolkodás (álmodás) azért jött létre, hogy kezelje az álom-gondolatokat” (Bion 1962). Az egyén saját vagy más által biztosított „funkciója” nélkül az ember képtelen álmodni, így hasznosítani sem tudja a múltban vagy aktuálisan átélt érzelmi élményt, nem végez vele tudattalan munkát. Következésképp, aki nem tud álmodni, egy végtelen, változásra képtelen világ csapdájába szorul.

Az álmok által a bemutatott pszichoterápiában a tüneteket sikerült elhelyezni a páciens belső világában, egyben megnyitották az utat a tünetek megértése, megszólaltatása által az érzések felé. Éppen fordítva, mint a tünetképződés során: akkor az érzések homályosultak el, és kerültek a diszfunkcionális testi működések az előtérbe. Az álmok tolmácsolták nekem a páciens testi szcénái mögötti történéseket. A testi tünetek internalizált érzelmi tartalmak nyomán keletkeznek.

A pszichoterápia első szakaszából két álmot választottam – nem is hangzott el sokkal több még ekkor. Elsősorban a tünetek szintjén dolgoztunk, fél év alatt a pánikrohamok és az emésztési nehézségek okozta szenvedés alábbhagytak, Gerda szakított barátjával, majd kialakított egy új párkapcsolatot közeli munkatársával. Traumatikus előzményekről nem esett szó, ami azonban már látszott: az anyával való ádáz küzdelem.

Az álmok tördelésénél a szabadversekre jellemző gondolatrítmust követem, az elkülönülő narratív egységek alkotják az egyes sorokat. Gerda asszociációiban eleinte gátolt volt, elsősorban a manifeszt álmotartalom szintjén tudtunk dolgozni. Az álmok közvetítő szerepet játszottak közöttünk. A terjeszkedő átmeneti teret kezdték benépesíteni. Számomra a

világjáték és a szabad játék gyermekterápiás szerepét töltötték be: olyan nem verbalizált érzelmi tartalmak jelentek meg az átmeneti térben, melyeknek képi és szcenikus természete dominál, nyelvi szinten arra épülve bonthatók ki. Az álmok metaforikus jellege pótolta hosszú ideig számomra azokat az érzelmi tartalmakat, amelyek hiányoztak Gerda közléseiből.

Az álmok nyomán születtek azok a képi asszociációim, melyek kapcsolódnak Frida Kahlo festményeihez. A három kép a traumatizált testhez fűződő disszociált állapottól a kapcsolatban levés élményéig vezető út állomásait jeleníti meg. Az első festmény azok után készült, amikor serdülőkori balesete szövődményei miatt kellett terhességét megszakítani (Souter, 2007). A mexikói festőnő vágyott, de kibontakozni nem tudó anyasága és az álmok sűrítő, mágikus munkamódjához közel álló képi világa az, ami a bemutatott esetemhez illusztrációul hívta a festményeit.



2. kép Frida Kahlo: Henry Ford Hospital

Gerda álmai utáni kérdéseimhez először ritkán csatlakozott, elhozta álmait, de éberen nem fűzte, álmodta tovább őket. Itt már megjelent az elmondhatatlan: a potenciális térben gyűltek a megálmodható, de elmondhatatlan tartalmak.

azt álmodtam, meg kell ennem mindent / anyámékkal mentünk / valami paradicsomos cuccot / anya örökbe akart fogadni valami gyereket / két-három éves fiú lehetett / anyám etette, mint a húgomat

Bemutatkozó álmában az anyai táplálás és a testvér rivalitás élményvilága dominál. Anyjával zajló harcairól, húga általa elítélt, viselt dolgairól beszél ennek nyomán, önmagát

rejtegeti. A viszontlátási fantáziáimban brutalitás, vér, erőszak jelenik meg – mindezt igyekszem tartalmazni a terápia korai szakaszában.

A következő álom az első pszichoterápiás szakasz végéhez kötődik. Néhány héttel utána rövid indoklással – miszerint jól van, pánikrohamai megszűntek, rendeződnek a dolgai – megszakítja pszichoterápiáját. Véleményemre nem kíváncsi, a kapcsolat szintjén ezen az egyoldalú döntésén nem dolgoztunk. A terápia interszjektív terében izoláltnak érzem őt, aki nem engedi döntéséhez közel a másikat. Ez az álom további kérdéseket nyitott – döntésének hirtelenségét és az álom nyomán keletkező ellentmondásokat egyaránt nem értettem.

anyámmal éjszaka mentünk bevásárolni a régi autónkkal / anya vett hajfestéket, amivel be akarta festeni a hajamat feketére / régen, már vagy hat éve, fekete volt / befestette, rózsaszín lett / mérges voltam, kiröhögött

Az anya-lány kapcsolat további rétegei nyílnak meg. A bennem keletkező képzetek a rombolóvá, démonivá váló anyáról elővételezték a pszichoterápia folytatását. A terápiás folyamatot nem lezárták, hanem idő előtt megszakítottak éreztem. Gerda az anyakapcsolatának a terápia során megjelenő feszültségétől, emlékeitől kívánt szabadulni. A keletkező és növekvő titok kusza, érthetetlen nyomokat hagyott hátra: az álmok indukálta képzeimben a vér, a veszteség és az átalakulás vágya egyszerre jelent meg, elaborálatlan kapcsolati feszültséget, haragot, idegenség-érzést keltve.

A pszichoterápia folytatására három hónappal később került sor. A pánikrohamok újra jelentkeztek, gátolták munkájában, kapcsolataiban. Megkeresése büntudatos és vádló volt egyszerre. Ugyan ő volt, aki korábban sietősen távozott, de láthatóvá kívánta tenni: nem jól gyógyítottam meg. Bennem is voltak ellenérzések, melyeket elnyomott Gerda visszatérő szenvedésnyomása illetve annak a tudata, hogy nyitva maradtak az álmok által feltett kérdések.

Párkapcsolati fókusszal dolgoztunk tovább. Jelenlegi kapcsolatával már kevésbé elégedett, mint néhány hónappal korábban: korlátozva, meg nem értve érzi magát. Panaszkodása lemondással, az ő megfogalmazásában átkozottság-érzéssel keveredett. Ekkor változtatott az ülőhelyén a rendelőben: a tőlem lehető legtávolabbi sarokba ült. Kikövetelte a távolságot magának: nem tud különben nyugodtan beszélni arról, amiről kellene. A projektív identifikáció által fenyegető, üldöző és romboló lettem egyszerre, akit kellő távolságban kell tartania magától. Ebbe az alkuba belementem: a velem kapcsolatos harag megélése így kevésbé fenyegette az egyszer már megszakadt terápiás kapcsolatot. A későbbiekben tudatosult számomra, hogy a terápia idő előtti megszakadását mennyire el akartam kerülni. Ezzel

párhuzamosan büntudatot éreztem, amikor magamról mint a páciense megtartásáért nem eleget tevő pszichológusról gondolkodtam.

A közöttünk megnövekedett tér adott talán lehetőséget új, fájdalmas tartalmak megjelenésének. Néhány hét után mesélni kezd egy korábban nem említett párkapcsolatáról, melyben terhes lett, és partnerén kívül mindenki elől titkolva terhesség-megszakítás mellett döntött. Abortusza egyben kapcsolatuk végét is jelentette. Büntudata nyomán a szenvedés is más színezetet kap az életében: testi panaszait büntetésnek érzi, melynek kiszolgáltatott. Bűne nyomán vallásos neveltetése fontos témává válik terápiájában, bizalmatlansága oldódik, szégyenérzete csökken. Az anyával kapcsolatos álomtartalmak egyre nyíltabban közvetítik a küzdelem élményét.

A következő álom gazdag cselekményű és dramatikus: az álomszínpad közöttünk jelenik meg, benépesül. Gerda kívülre helyezi belső történéseit, megkönnyebbül. Igényli a közös munkát, segítséget kéri a külsővé tett tartalmak visszaépítésében. A második pszichoterápiás szakaszban a terápia kezdetének kapcsolati helyzete árnyaltabbá válik. A tér kitágításában helyet kapott az ő kezdeményezése, rám erőltethette akaratát, és nem pusztított el vele (Winnicott 1971/1999). Saját testélménye is gazdagodik: tünetei kikerülnek a középpontból, a szorongással ekvivalens testi tünetek leépülnek, intrapszichés feszültségeit hosszabb ideig tudja tartalmazni, teste önálló életet kezdhethet élni. Az anyasággal való munka, a veszteséggel, a félelmekkel való szembenézés és a reménykedés fúziója jelenik meg. Az álombeli anya számomra már nemcsak a páciens anyját, hanem saját anyaságát is jelöli.

A viszontátvitelben érzékelem haragomat a gyermekét elvetető, pusztító anyával szemben. Magamban ezt – saját esetleges elfogódottságom mellett – Gerda belém kihelyezett érzéseként értelmezem. Gyermeki, éretlen, romboló anyának érzi magát; ez elmondhatatlan, a szavak még valóságosabbá, elviselhetetlenebbé tennék ezt. Álmában megjelenhet, és többféle szereposztásban lejátszódhat a belső konfliktus: küzd saját gyermeki és anyai identitása. Ez az intrapszichés küzdelem testi síkon a hasában lokalizálódik. A pánikrohamok ebben az időszakban már ritkábbak – depresszív időszakok fordulnak elő gyakrabban. Veszteség-élménye álmában összekapcsolódik anyjával folytatott harcával – önmaga egységélményét érzi fenyegetve, az anyai akarat fogságában találja magát újra és újra.

Anyakapcsolatában a korai traumák nyomára ebben az időszakban bukkanunk. Szülei házasságkötése után nem sokkal született – apja sorkatonai szolgálata idején. Anyja a visszaemlékezéseiben – és Gerda róla szőtt fantáziájában – magára maradottnak, elveszettnek

érezte magát, csecsemőjének ellátása, testi és érzelmi szükségleteinek kielégítése nehéz lehetett számára. Ennek a küzdelmes, szimbiotikus időszaknak implicit emlékei, a hozzá fűződő fantáziák, a gyermek utáni vágy és a csecsemővel szembeni harag feszültsége kapcsolódik össze a közelmúlt abortuszának traumatikus élményével.



3. kép Frida Kahlo: A világegyetem szerelmi ölelése

*anyával voltunk éjszaka a Tescoban / és én terhes voltam: fáj a derekam meg minden /
anya rugdalózót akart venni a kicsinek / elgondolkoztam közben, hogy még nevet sem
választottam a gyerekeknek / de anyával nem mertem beszélni róla, mintha tabu téma lett volna /
azt mondta, hozzak neki fagyit / aztán megjelent kezében egy kismamaruhával / nem is a
babának vett, hanem nekem valamit / teljesen kétségbe estem, úgy éreztem, nem akarja az egész
gyerek ügyet / anya a kezembe adta a kismamaruhát, hogy próbáljam fel / bementem egy
fülkébe, ott volt egyik csoporttársam az anyukájával / a lány sírt, veszekedtek / ekkor az
anyukája fojtogatni kezdte / a lány már a földön volt, mire abbahagyta / anya is látta, nem tett
semmit*

A kismama-ruhát végül nem veszi fel. Ez a ruha jelzi az anyai szereppel való részleges azonosulást majd szakítást a múltban, és annak fragmentált továbbélését a jelenben. Melanie Klein az Ödipusz-konfliktus korai szakaszai című tanulmányában a testi történések szintjén elemzi az anya-lány kapcsolatban megjelenő romboló késztetéseket és az arra épülő

öndestruktivitást. „Anyja teste, a méhében lévő gyerekek ellen irányuló egykori destruktív késztetései következtében a kislány megelőlegezi a büntetést: saját anyai képességét, az ezzel kapcsolatos szerveket és működéseket, valamint saját gyermekeit fantáziájában destruálja” (Klein 1928/2000, 25. o.). A testet a tárgyrepresentációk hordozójának, tartalmazójának tekinthetjük. A saját testtel való kapcsolat, a test által való tüneti kommunikáció a korai tárgykapcsolatok dinamikáját tükrözi. Az anyával való küzdelem páciensem esetében a hasán belül is zajlik, a női szervei és az emésztőszervei által közvetített fájdalmakban. Saját anyaságának kudarca a korai fantáziákon alapuló „megelőlegezett büntetés” megvalósulása: elvesztette, elveszejtette gyermekét. Anyai képességei sérültek, amit korábban az anyjától irigyelt.

Az irigység a pszichoterápiás szcénában is fellángol. A gyerekeimet és az autómát képzelem el többféleképpen, saját hajáról való panaszai közé fűzi, hogy mennyire irigylis az akkor hosszú, hullámos hajamat. Férfiségemet az átmeneti térben finomítani, feminizálni igyekszik. Visszatérő hasonlata ebben az időszakban a Szépség és a Szörnyeteg története – a várakozáshoz képest – fordított szereposztásban. Magát érzi szörnyűnek, engem légiességnek. A gyermekvesztés traumája nyomán először a férfi minőségektől való távolságtartásnak értelmezem ezt magamban. Később érzékelem magamon az anyának szóló projekciókat, azzá válok, akivel küzdenie kell – az álmok segítenek ennek felismerésében.

A pszichoterápia tápláló, anyai funkcióját többféleképpen támadja, próbára teszi: ilyen a két megszakítás, az időnként felerősödő idealizálásom és a máskori leértékelésem. Az apai áttételben a negatív komponensek átdolgozását gátolja feminizálásom mellett a pszichoterápia folyamán szinte töretlenül fenntartott pozitív apakép. Az uralkodó anyai áttétel által kapcsolatunk a hosszantartó küzdelem terepévé válik, ahol az irigyelt anyai képességek birtokosának tekint engem olykor. Az álomhoz hasonlóan a terápia terében is megidéződik a gyermek és az anyamell drámája, a jóllakás, kielégülés és a követelőzés, irigység párhuzamos jelenléte. Melanie Klein összegző tanulmányában, *Az Irigység és hála* című írásában (1957/2000) így ír erről: „Munkám megtanított arra, hogy az első irigyelt tárgy a tápláló mell. A csecsemő érzése szerint ez ugyanis birtokol mindent, amire ő vágyik; rendelkezik a tej és a szeretet korlátlan folyamával, amit azonban e mell, saját kielégülésére, visszatart” (15.o.). Adottságaink, képességeink összemérése foglalkoztatta Gerdát, újabb és újabb nekifutásokban érdeklődött elkötelezettségem, tanulmányaim, tapasztalataim felől. Biztosítani szerettem volna magát arról, hogy megfelelő ellátásban részesül. Megnyugvásai rövid ideig tartottak ekkoriban, sorsával és a munkánkkal való elégedetlensége újra és újra fellángolt. Úgy éreztem, destruktív

indulatokat ébreszt benne fokozott odafigyelésem és saját biztonságérzetem. A kleini gondolatmenetének folytatása szerint „... a kielégítő mell is irigység tárgya. Az a könnyedség, ahogy a tej jön – bár a csecsemő kielégülést nyer általa – szintén irigységet ébreszt, mivel ez a képesség olyannyira elérhetetlennek tűnik a csecsemő számára” (16.o.).

A páciens produktivitása és kreatív készségei az elmesélt álmaiban testesülnek meg, melyek fontos iránytűi és előremozdítói a munkánknak – ezt vissza is jeleztem a számára. Először kételkedve fogadta, majd egyre többször mesélt álmokat magától is. Saját teremtő képességei már nem fonódtak össze olyan szorosán szégyenérzetével abortusza miatt, mint korábban. Az álmok olyan orális-nyelvi teremtményei voltak, amiket egyre kevesebb félelem nélkül engedett el, és mutatott meg a külvilágnak.

A következő két álom a veszteségélmény és a birtoklás élményvilágának kettősségére épül. A pszichoterápiának ebben a szakaszában már magától asszociál álmaihoz. Ebben az időszakban költözik össze barátjával közel egy év együtt járás után. Szülőcsaládjáról való leválása foglalkoztatja, az elköltözés után anyjával, hűgával egyaránt javul a kapcsolata.

azt álmodtam, hogy ellopták az autót / sírva ébredtem / azért lopták el, mert a hűgom nyitva hagyta az ajtaját / ezek után anya még engem izélgetett / hogy ne bántsam a hűgomat mint általában

Barátjával előfordul ekkoriban már beszélgetéseikben a közös gyermek képe, vágya. Félelmeit megfogalmazza nyíltabban, megosztja partnerével terhesség-megszakításának történetét. Az álomban megjelenő gyerekek kapcsán félelmeiről, szégyenérzetéről és vágyairól egyszerre mesél, kevésbé riasztja már saját életének érzelmi kuszasága. A pszichoterápiában a nyelvi megfogalmazás szerepe ezzel egyidejűleg változik meg: a beszéd egyre inkább az érzelmek kifejezőjévé válik. Miközben a nyelvi önkifejezés felszabadul, a pánikkal járó torokszorító, fulladásos tünetek megszűnnek.

kisbabákkal álmodom folyamatosan / abban a lakásban voltam, ahol gyakran vigyáztam a főnököm óvodás gyerekeire / rajtuk kívül volt még három-négy hozzájuk hasonló kisebb kölyök / és két-három pár hónapos baba / az ismerősömnek mondtam, aki ott volt, hogy milyen jó illatú a kisbabák feje / mindenki elment, én maradtam ott vigyázni a gyerekekre

Az utolsó álom a pszichoterápia lezáró szakaszából való, számomra összegzését jelenti közös munkánknak. A pszichoterápia gerincét adó kettős anyai traumatizáció (korai kötődési ambivalenciákra épülő, folyamatos küzdelme anyjával és saját kezdődő anyaságának

megszakadása) képeződik le mindabban, ami az álom fekete macskájával történik. Az álom kapcsán mesél új kutyájáról, aki fontos részévé vált életének. Álmát szövi tovább éberem: hol elleni kezdő anyamacskát, hol beteget lát az állatban. Búcsúzó álmában a változásoktól nem féltő önmagaként is láthatjuk az állatot. Gerda is képesnek érezte ekkor már magát, hogy természetesebbnek tekintse és vállalja a jövő örömeit és fájdalmait.

volt egy kis fekete cicám / olyan volt, mintha ember lett volna / egyszer csak láttam, hogy a hátán fekszik a széken / mondtam anyának, hogy valami baja van, a bundája is véres volt / nem fogok rá pénzt adni, mondta anya / hogy lehetsz ilyen, mondtam / apa látott egy 24 órás állat klinikát / törölközőt hoztam, lemostam / mintha kifordult volna valami a hasából, valami sérvszerű



4. kép Frida Kahlo: Önarckép

Frida Kahlo képei az álmok által rajzolt úthoz illeszkednek. A kezdeti szétesettséget követi az álmokat is kitöltő anya óriási alakja majd a vigasztaló kis állatok megjelenése a festőművész vállán. Az álmok szemléltetik, ahogy a pszichoterápia folyamán változik a testhez kapcsolódó izgalom színezete, természete: a szenvedés rámutat az öröme, a félelmek a vágyakozásra. A hasi tünetektől indulunk, azután feltárul has gazdag, sokszínű érzésvilága. Az elszigetelt, magányos állapot szorongató érzéseit a kapcsolatba kerülés élménye váltja fel, a meg nem értettség érzését a megoszthatóság biztonsága. A „test színháza” belülről kívülre kerül, és ami lezajlik „pszichoterápiás színpadon” megszelídül, emészhetővé válik. A pszichoterápiás folyamat, a potenciális tér tartalmainak változásait szemléltetem:

Kezdetben a páciens közlései – bár formailag és tartalmilag koherensek voltak – érzelmi tartalmakat alig közvetítettek. Elővigyázattal megszerkesztettek voltak, keveset tártak fel, sokat rejtettek el. Gerda egyszerre adott, és elvett. Órái után szertefoszlott, amiről beszélt, belső világáról nem tudtam egységes képet kialakítani. Elkülönülő részleteket láttam, melyek nehezen, sokszor esetlegesen kapcsolódtak össze. A szégyellt (ödipális) és az implicit (preödipális) tartalmak a korai és az abortuszhoz kapcsolódó trauma utáni dezintegratív folyamatok nyomán szigetelődnek el egymástól. A belső konfliktusok nyomán keletkező elfojtás mellett a disszociáció szolgálta az én védelmét. Az álmok mutatták számomra az utat, jelezték az elmondhatatlan tartalmak helyét és változásait a páciens életében. Halmazállapotuk köztes és képlékeny: az álommunka nyomán lett nyelvi megjelenésük, narratív szerkezetük, az élménnyé válás folyamatában még nem szilárdultak meg, többszöri nekifutásra voltak integrálhatók a páciens tapasztalati világába. Gerda pszichoterápiájában az álmok az emésztésnek és az anya-magzat egységnek jellegzetességeit mutatják: mint a testébe kerülő, ott átalakuló, és onnan kikerülő tartalmak (az érzelmi folyamatok szintjén).

A pszichoterápia mint korrektív emocionális élmény (Alexander 1950/1965) a tartalmazás képességét adta az abortusz, a tartalmazásra való képtelenség traumája után. Az álmokra mindketten vigyáztunk közös munkánk folyamán. Ő álmodta, megformálta és elmondta őket, én igyekeztem megjegyezni, rögzíteni a legtöbbet. Gyakran kerültek szóba korábbi álmok, utalások és asszociációk szövedéke kötötte össze őket: a korai kötődési helyzetben tükrözési folyamatokból felépülő közös kapcsolati tudás világát idézték (Erdélyi, 2011). Az anyai kapcsolat és saját anyai kapacitásának újraélése a potenciális térben megtörténhetett, a megosztott kapcsolati teret az álmai tették egyre otthonosabbá számára. A terápiás folyamatból való kilépése után visszatért, a lerombolhatósága és újraépíthetősége által vált számára biztonságosabbá a kapcsolat. A kisgyermek rombolási igényéhez hasonlóan a kötődési helyzet próbára tétele jelent meg a pszichoterápiás kapcsolatban.

Gerda útja a „konténerek világában” az italautomatától az élő test bonyolultságáig vezetett. Az első interjú után érkezve jegyezte meg, hogy olyan voltam vele, mikor először belépett, mintha egy italautomatából kerülne ki következő doboz kólaként. Láta elmenni előző páciensemét, ő pedig bejött – mint egy automatánál, magyarázta nekem ironikusan. Először rivalitáskonfliktus és narcisztikus érintődés keretében értelmeztem ezt magamban. A terápia későbbi történéseinek fényében vált test-szimbólummá a kólaautomata. A belső történések egyszerűek és átláthatóak benne, belsejében nem történik átalakulás, felszívódás, emésztés. Ami belekerül, majd benne van, átalakulás nélkül, eredeti formájában, emésztetlenül kerül ki

belőle. Az álmokkal való munka az életesemények és érzelmi tartalmak átalakulásának, emésztésének tapasztalatát adta. Gerda életében a kapcsolatoknak való kiszolgáltatottság-élmény változott. A korai kötődési helyzet ambivalenciái uralták hosszú ideig közös munkánkat, melynek során az anyai kapcsolat bizonytalansága idéződött meg. A fokozódó feszültségre válaszul az acting out tényleges megszakadásaihoz vezetett a terápiás folyamatnak. Az ödipális szint megjelenése az álmok szimbolikus világának kibontakozásához kapcsolódott, és megkönnyebbülést hozott. Az álmok adta metaforikus gondolkodás (Kőváry 2015) vezetett a nyelv érzelemlifejező lehetőségeinek kibontakozásához. Ezzel párhuzamosan az ödipális szinten való munka idején alakult ki és mélyült el az a párkapcsolata, melynek során összeköltöztek barátjával.

Pszichoterápiája végén egy hozzá közel álló élő testért, balesetet szenvedett kutyájáért aggódik. Fájdalmát a történetek miatt és reménykedését az állat felépülése kapcsán egyaránt megfogalmazza. Eközben igyekszik elviselni a fennálló bizonytalanságot. A sérült test és a mindnyájunkat sérülékennyé, olykor kétségbeesetté tevő szeretetkapcsolat kerül munkánk végén a fókuszba. Lábadozó kutyája a saját, sérült, ugyanakkor élő, gyógyulásra, változásra képes testének és testképének hasonmása. A szeretetkapcsolat kiszolgáltatottságának megélése illeszkedik konfliktusokkal és egymásra találásokkal tarkított, újraépülő párkapcsolati élményvilágához – anyaságának újra felsejülő lehetőségével a háttérben.

5.2. A szomatizációs tünetegyüttes kezelése a pszichoanalitikusan orientált gyakorlatban

5.2.1. Önkifejezés és alkalmazkodás a szomatizációban

A veszteség nyomán megváltozott kötődési viselkedés átalakítása kísérletezést igényel a pszichoterápia mintha-terében. Több síkja is megjelenik az elvesztett kapcsolatnak – segítve a páciens a töredezett kötődési élményvilága integrációjában. McDougall (1989) a „test színházai” metaforával érzékelteti a pszichoszomatikus és szomatizáló páciensekkel való munka pszichoterápiás élményét. A pszichoterapeuta „színházi előadáson” találja magát, ahol a testi tünetek kápráztatják el. A szomatizáció egyszerre elhárítás és egyszerre produktív aktus: a megfogalmazhatatlan érzelmek kifejeződése a pszichoterápia potenciális terében (Pénzes 2017).

A hatvanas évei végén járó J. asszony útja háziorvosi, szájsebészeti, endokrinológiai, kardiológiai vizsgálatok után vezetett a pszichiátriai szakrendelésre. Elsődleges panaszai szájszárazság (hozzá kapcsolódó kellemetlen szag- és ízérzések) és (elsősorban hajnali kiugrásokkal jellemezhető) ingadozó vérnyomás voltak. A farmakoterápiában nem működött együtt pszichiáterével, a szorongásoldót és az antidepresszánt a megzavaró hatásától tartva nem szedte. Testi tüneteivel, elmondása szerint, „tisztán és egyedül” akart szembenézni. Úgy érezte a gyógyszerek elfedik mindazt, ami a testével valójában történik. Környezetére gyanakodott: nem veszik komolyan bajait, esetleg okozzák is azokat.

Pszichiáter delegálásával a pszichoterápiás segítséget kételkedve ugyan, de elfogadta. Viselkedését, tünetképzését paranoid projekciók uralták: ezek szerint a rajta kívüli világban keletkeznek és szaporodnak az őt zavaró tényezők. Paranoiditása mögött megragadott szenvedélyes kapcsolata a testével.

J. asszony a második világháború során született budapesti iparoscsaládban. A front jelentette veszély miatt szüleitől távolra került, nagyszüleinél nevelkedett vidéken. Az iskolát már szülőkhöz visszakerülve kezdte. Anyját serdülőként elvesztette daganatos betegségben, apjával, nővérével hárman maradtak. Középfokú műszaki végzettséget szerzett. Húszas éveiben sokat dolgozott, elmondása szerint változatos társasági életet élt. Férjével huszonnyolc évesen

ismerkedett meg, együtt már kevesebbet jártak szórakozni. Harminc éves korában házasodott, ezután született a fia majd a lánya.

A távközlésben dolgozott, munkahelyét szerette. A pszichoterápia kezdete előtt tizenkét évvel, nem sokkal nyugdíjazása utána veszítette el a fiát szívinfarktusból. Másfél éve lábtörést szenvedett egy lépcsőről több métert zuhanva. A balesete lassan gyógyult, sántítva, bottal, nehezen járt. Ebben a lábadozós időszakban utalta háziorvosa a pszichiátriai rendelésre.

Pszichoterápiája kezdetén lábtörése után megjelenő mérgező fantáziái középpontjában férje áll, aki szerinte új nőkapcsolatokat szeretne. Félt attól, hogy a mérgező port belélegzi alvás közben vagy a hajára kerül. Férjére vonatkozó féltékenységét apósával kapcsolatos emlékeivel magyarázza, aki felesége halála után több kapcsolatot létesített. Úgy érzi, lábtörése óta partnere nem tekint rá vonzó nőként. A párkapcsolati történések, a baleset utáni testképváltozás, a szexuális frusztrációk nem adtak kielégítő magyarázatot szomatizációs tünetei makacsságára. Férje közeledése, kedveskedései nem változtattak azon a félelmén, hogy valamiféle por a szervezetébe jut, megmérgezi.

Orvosai és az ismételt testi vizsgálatok nem tudták megnyugtatni. A negatív laborvizsgálatok nyomán nem mérséklődtek aggodalmai, biztos volt benne, hogy egyre nagyobb dózisú mérgezés éri a testét. Vérnyomásnaplóját gondosan vezette, a magasabb értékeket kiemelte, összefüggéseket keresett. Vérnyomáscsökkentőt nem szedett, mert a gyógyszer szerinte elfedné igazi baját. A kontrollvizsgálaton, miután kevesebb kiugró érték volt mérhető, a megnyugtatást nem fogadta szívesen: szerinte nem látják, hogy egyre súlyosabb betegsége van.

A manifeszt párkapcsolati dinamika mögött olyan traumát kerestem, melyben az elveszettséget, a kiszolgáltatottságot élte át, és melynek nyomai méregként pusztítják testét. Ez az érzelmileg disszociált (önéletrajzi emlékként létező, de emocionálisan megközelíthetetlen) gyász-élmény: a fia elvesztése. Bár az első interjú során beszámolt fia váratlan haláláról, és később is használta a „mióta a gyerekeink nincsenek velünk” fordulatot kapcsolati csalódásai említésekor – fiáról hosszú ideig alig esik szó. Lánya fél évvel fia halála után ment férjhez, és költözött el tőlük: a két gyermek eltávozása a szülői házból egy időben történt, egészen más körülmények között. Miközben a páciens jelzi, hogy nem szeretne fiához kapcsolódó gyászával foglalkozni, párhuzamosan testi tünetei határozottan ebbe az irányba mutatnak. A verbálisan elmondhatatlant testével próbálja kifejezni.

5.2.2. Harc a kapcsolatért, az áttétel viszontagságai

Pszichoterápiájában kezdetben a reflektív funkciók kevésbé voltak hozzáférhetőek, a kapcsolati dinamika áramlása uralkodott (Kohutis 2008). A tünetek makacs fennállása miatt érzett viszontáttételi tehetetlenségemet – mint implicit kapcsolati tapasztalatot – igyekeztem felhasználni a páciens megértésében. Gyakran úgy érzem, mintha reálisan nem lennék jelen számára, nem érzékelne engem, mintha élettelen, halott lennék. A terápiát olyan helynek érzem, ahol az élő és a halott találkozik: a viszontáttételi érzések vezettek el a terápiás szcénában a páciensről kapott fiú-szerepemhez (Sandler 1976). Az áttételi szerepem egyszerre volt szorongató, és egyszerre érzem, hogy közvetlen lehetőséget teremt a gyásszal való munkára. J. asszony számára azáltal, hogy megjelentek a fia iránt érzett anyai érzések, saját élettelisége igazolódott: képes érezni, tapasztalni anyaként. Gyászához egy idő után kevésbé tapadt saját elveszettségének, életteleniségének érzése. A belül megőrzött (a realitásban elvesztett) fiú az áttételi szcénában kívülre kerülhetett újra, a patológiás gyász szimbiózis-élménye megbomlott, felsejlett az elengedés lehetősége.

Igyekeztem az előtérben lévő testi tünetei nyelvét figyelni, olvasni a testi kódok között. A rezomatizáció mint regressziós működés a testnyelvhez való visszatérést jelöli (Katz 2010). Az érzelmek átélése tudatosulás helyett a testi történések szintjén zajlik. A szomatikus tünetek között elindulhatunk, mint egy térképen, a lelki történések jobb megértése irányában. A pszichoterápiában megjelenő testélmény és testrepresentáció az érzelmi történések hordozója. A tudattalan testkép (Erdélyi 2013) körvonalai, árnyalatai rajzolódnak ki a pszichoterápiás kapcsolat előrehaladtával, a traumatikus veszteség nyomai jelennek meg rajta. A páciens kerüli érzései megfogalmazását, testét tolja előtérbe: a testével történetek képezik a közös munkánk talaját is. A reális testi tapasztalatokat áthatják, módosítják az aktiválódó tudattalan testkép sérülései.

Az áttétel alakulása gátolt a szomatizációban: a pszichoterápia diádikus helyzetébe a páciens nehezen engedi be a másikat, nehezen fogadja el a különálló létezését. A testi tünetekre sem reflektál kapcsolati élete tükrében, konkretizálni igyekszik azokat (Kohutis 2008). A fiához kapcsolódó áttételi dinamika és passzív, tanú szerepem váltakozik. Az utóbbi által hitelessé teszi a segítségemmel mindazt, ami történik; szeretné, ha látnám, és elhinném, ami megeshet vele. Fontos számára, hogy aktívan, figyelmesen jelen legyek, de elutasítja kapcsolataira reflektáló értelmezéseimet.

A viszontáttétel szélőségei között ingadozik. A gyermekét veszített anya szimbiotikus állapotba való regressziójának elfogadása jellemzően gyakran. De időről időre megélem a tanú-szerepem frusztrációit is: személyes jelenlétemet irrelevánsnak érzem, páciensem érdeklődése felém kevésbé, inkább befelé fordul. Érzéseim szerint saját anyai szimbiózis élményébe akar beolvasztani, tudattalan célja a bekebelezésem, a számára veszélyt jelentő autonómiám korlátozása. Ebből fakad fiáéhoz hasonlóan váratlan elvesztésem lehetőségétől való félelme is. Nem szeretné, ha rajta kívül léteznék – de ennek a beolvasztásnak az erőszakosságáról, destruktivitásáról nem szeretne tudomást venni. A pszichoterápia kapcsolati terében jó ideig lehetőséget sem ad fia elvesztésének megismétlődésére: az intrauterin anyai élménynek megfelelően a teljes kontrollt szeretné magának. A veszteség fenyegető veszélye ebben a pozícióban tűnik a leginkább kezelhetőnek.

Az elakadt gyász során az elvesztett személyhez kapcsolódó érzések gátoltak, a kapcsolati dinamika rigiddé válik, passzivitás uralja el. A gyászmunka célja a kötődési munkamodell továbbélési lehetőségeinek megtalálása (Lyons-Ruth és mtsai 2006), miközben a kötődési helyzet módosul alapvetően a kapcsolat egyoldalú változása által. A továbbélőnek alkalmazkodnia kell az új helyzethez, megtalálnia a módját a kötődési élményvilág transzformálásának a kötődési biztonság újratalálása érdekében.

A traumatikus veszteség nyomán megváltozott kötődési viselkedést gyermek- és felnőttkorban egyaránt jellemzi a trauma utáni zavart állapot és a megváltozott kapcsolati helyzethez való kényszerű alkalmazkodási kísérletek (Lyons-Ruth és mtsai 2006). A poszt-traumás állapotban a disszociáció nyomán a tárgyvesztés valóságossága és fájdalma csökken. Új tárgyak jelennek meg, melyek az elvesztett tárgy bizonyos tulajdonságait tükrözik, új viselkedésmódok, melyek a hajdani tárgykapcsolat interakcióit idézik. A szomatizációban a tüneti viselkedés gyakran a múltbeli kötődési helyzetek nyomait hordozza, teret kap a testi emlékezés. A reflektivitás csökkenése miatt az emlékek és a szeparáció fájdalma elbújik az újnak tűnő testi bajok, funkcionális tünetek függőnye mögött. Ezek biztosítják a páciens számára, hogy a jelenben éljen, ugyanakkor önmaga előtt is titkolt, mégis érzékelhető kapcsolatot tud tartani általuk az el nem engedett múlttal.

5.2.3. Testi narratívák – ahogy a testi történések mondja el a történetet

Testi narratívumnak nevezem – Frank (1993) gondolatmenetét idézve, azt pszichoterápiás kontextusba helyezve – azokat az élményalapú elbeszélési egységeket, a páciens által felidézett élettörténeti epizódokat, melyek kifejezetten a testével történt eseményekhez kapcsolódnak. Hasonló ez a protonarratív borítékhoz, melyet Stern (1985/2002) ír le a csecsemők preverbális viselkedésében. A testi narratívumok képezik a tünettörténet alapját – ezek variációiból alakítja ki a páciens a tünetnyelvét. A testtel zajló történések, aktusok kultúránkban a vallási, közösségi rituálékban önmagukon túl mutatnak, szimbolikus mezőt nyitnak, melyet azután a kapcsolódó képzetek kitölthetnek. J. asszony számára fia története, halála, annak előzményei és tovább élése, mint egy misztériumjáték epizódjai újra és újra megelevenednek, fenntartják a kapcsolatot a gyászoló és az elvesztett között.

Az egységesnek imponáló tünettörténetet elemeire igyekszem bontani, hogy megértsem a páciens szomatizációjának nyelvét, belső logikáját. A gyakran felidézett élettörténeti események elemzése nyomán választottam ki néhány visszatérő, tipikus narratívumot. Mindhárom helyzetet jellemzi a traumatikus veszteséghez fűződő ismétlés, a páciens a pszichoterápia folyamán rituálisan visszatér hozzájuk. Figyelmemet kevésbé a gondolati vagy explicit emocionális tartalmakra, hanem az implicit, elsősorban testi történésekre fókuszáltam – szcenikus, dramatikus, balett-szerű olvasatot igyekeztem kialakítani róluk. Ezek alapján az alábbi három meghatározó szcénát és a hozzájuk kapcsolódó narratívumokat mutatom be:

„Zuhanás a halálba”

A páciens gyakran és részletesen mesél közelmúltbeli balesetéről. Lábtörésekor egy autóbolt lépcsőjéről esett le. Férjével együtt mentek ülésmelegítőt venni a párna helyett, amit fiúk használt az autójában egészen a haláláig. A régi párna már nem melegített, kihült – szimbolizálva fia testének kihülését. A párna feltámasztható, kicserélhető, a fia nem: a pótolható tárgy a pótolhatatlanra utal. A bolt lépcsőjéről való lezuhanásban a páciens halálvágya manifesztálódik, a lábtörés ennek a „halálugrásnak” az emlékét hordozza. A gyermekét veszítő anya halálvágya a páciens érzelmi életében folyamatosan jelen van – a lábtörés emléke jelzi ezt. A halálvágy találkozási lehetőséget jelent elvesztett gyermekével.

A balesetet férje – bár jelen volt – nem tudta megakadályozni, nem tudta őt megvédeni. Ahogy őt a leeséstől, úgy fiát sem tudta megvédeni az apa a haláltól. A szülőtársban való csalódottság, az anyai vádak az apa ellen jelentkeznek itt eltolt formában. Pszichoterápiája elején bottal jár, munkánk második évében gyakran látom már anélkül érkezni. Örömét is kifejezi mozgásában való önállósulása kapcsán.

„Hajnali séták a kisbabával”

A testi tünetek közül a leggyakrabban a vérnyomásmérlőjében is regisztrált hajnali rosszulléteket, felébredéseket és sétákat részletezi. Többször méri naponta a vérnyomását, a magasabb értékeknél hajnalban felébred, sétál, másik fekhelyet keres magának, nehezen alszik vissza. A házi orvos, kardiológus javaslatai ellenére csak alkalmanként vesz be vérnyomáscsökkentőt, ragaszkodik ahhoz, hogy ne avatkozzanak bele szervezete működésébe.

Fia csecsemőkorában hasfájós volt, gyakran ébredt hajnalban, etetni majd sétálni kellett vele. Anyai élményei jelennek meg a hajnali szcénákban, miközben sétál fel és alá házukban, ahogy régen a gyermekével tette. A fiát kereső, de nem lelő, csalódott anya vágya ebben a tünetcsoportban manifesztálódik. A diszkrét vérnyomásingadozás ad helyet eredeti vágyának, ez a stressz biztosítja számára a hajnali éberséget, miközben sétál egyik szobából a másikba.

„A porrá vált fiú”

A mérgező por eredete a porladással köthető össze. „A családuknak porladása akkor kezdődött” fogalmazott a páciens egy családi konfliktusra utalva. A fia halála előtti időszakban lánya nem állt bátyja mellé, mikor az húga vőlegényével konfliktusba keveredett. A páciens távol volt ekkor, férjével vett részt egy társasutazáson – később a gyerekei mesélték el neki a történeteket. Az események után néhány hónappal veszítette el a fiát.

A környezetében megjelenő, ártalmatlan por érzete kíséri diffúz testi tüneteihez kapcsolódó fantáziáit. A por közvetlenül kapcsolódik fia elvesztéséhez, aki azóta porlad: rá vonatkozik a fent idézett mondat. A por és az anya szcénája piétaszerű, incestuózus összeolvadást biztosít a páciens számára fiával. A por által fia visszakerül a testébe, újra bekebelezheti, létrejön újra az egységük. A mérgező hatás, amit a férjének tulajdonít, a rossz apai részeket jelképezi. Az apai részek testébe bejutásának képzelet megtermékenyülés-fantáziákhoz is kapcsolódik. Fia egyetlen módon lenne részben pótolható: ha ő újra anyává

válna. Porszemcséket keres ruhákon, takarókon, bútorokon – a megtermékenyülés, az anyává válás keresése, izgalmá képeződik le ebben.

A vád, hogy férje nem tudta megvédeni fiát a haláltól olyan haragot indukál, aminek elviselése nagyon nehéz lenne, ha nem igyekezne a férfit rossznak és ártalmasnak látni. Fantáziájában a férjétől származó por (azaz a fiát nemző ivarsejt) hibájából fakadhat a fiú korai halála, szívének váratlan leállása. A vágyott és gyűlölt por képzete így mosódik össze.

Ehhez kapcsolódik, hogy a páciens paranoiditása férjéhez és lánya férjéhez fűződően jelenik meg hangsúlyosan, lányával és unokáival való kapcsolata nagyobb feszültségektől mentes. A pszichoterápia idején született legkisebb unokája. Szorongásai lánya terhessége alatt fokozatosan oldódtak: legkisebb unokája születése idején eljutott a boldog nagyszülői várakozás állapotába.

5.2.4. Munka az anyasággal – két álom a lezárás időszakából

Egy álom, melyet pszichoterápiája utolsó harmadában hoz: anyja korú barátnője, volt munkatársnője érkezik hozzá. A házban észleli a sok port, elkezd takarítani, rendet csinál. Ettől ő megkönnyebbül, segít is neki, hálás, jól érzik magukat együtt. Az álomban páciens anyját reprezentáló szereplő jelenik meg, segít megszabadulni a portól.

A gyermek elvesztése kapcsán feléledő büntetésfantáziákat elemzi Klein (1928/1999, 29. o.): „Anyja teste, a méhében lévő gyerekek ellen irányuló egykori destruktív készletesei következtében a kislány megelőlegezi a büntetést: saját anyai képességét, az ezzel kapcsolatos szerveket és működéseket, valamint saját gyermekeit fantáziájában destruálja.” Az anya elleni korai irigység és harag büntetése a legfőbb vágy tárgyának, a gyermeknek az elvesztése lehet. Ez a korai fantázia tragikus módon realitásba fordult páciensem életében, amikor elvesztette fiát. Anyjával szembeni indulatai a tőle való szeparációhoz köthetők élettörténetében. Kisgyermekkorára nagy részét a nagyszüleinél töltötte, az iskolakezdés idején vették szülei magukhoz. Nővére ekkoriban, iskolásként már szüleivel élt. A pszichoterápia folyamán nem jelezte lázadását ezzel a szülői döntéssel szemben, nyomasztó szeparációs élményei feldolgozása elakadt. Serdülőkorában meghalt az anyja – lehetőség sem maradt a korábbi vádak, ellenérzések átdolgozására. Az anya hibáival való szembenézésben egyedül maradt – gyászoló apjához és nővérehez nem fordulhatott ambivalens érzéseivel. Anyával kapcsolatban

kevés emléket tudott felidézni pszichoterápiája során. Álmában az anyai szereplő jóvátevőként jelenik meg, aki gyógyítani igyekszik saját hiányának sebét. A mindenható anyának a reparációt segítő, támogató jelenléte által a büntető, üldöző anya mellett a tápláló, jutalmazó anya képe is erősödik.

J. asszony anyasága kapcsán kitérnék egy saját, viszontáttételi álmomra. A testi tünetekkel való munkában a pszichoterapeuta testi és tudattalan folyamatai kiemelt szerephez jutnak. A páciens és a pszichoterapeuta tudattalanjainak kommunikációjáról fontos támpontokat adhat a viszontáttételi álom (Benjamin 2004). Álmomban egy kertben találkozunk – a páciensem fiatalosnak tűnik. Lelkesen, mosolyogva meséli, hogy lefagyasztott lombikembriói vannak eltéve. Mimikáját, gesztusait hasonlónak látom ahhoz, mint amikor unokáiról mesél.

Az anyasággal kapcsolatos pszichoterapiás munka intenzitása fokozottá válik ebben az időszakban. Ez az álmom sokat segített nekem abban, hogy az anyai érzések, a gyermek utáni vágy időtlenségét megláthassam a páciens közléseinek, paranoid tematikájú testi tüneteinek hátterében. Az álmomat nem osztottam meg a páciensemvel, de a testi tüneteit hallgatva gyakrabban utaltam fiával vagy lányával kapcsolatos érzéseire, az anyaság fókuszát felkínálva.

5.2.5. A terapiás változások a kapcsolati dinamika tükrében

A lezáráshoz közeledve J. asszony állapota sokat javult, tud aludni, paranoid félelmei csökkennek. Mozgásában önállóbb, egyre gyakrabban jár bot nélkül. Férjét empatikusabb módon inkább zavartnak, fásultnak, mintsem üldözőnek látja, hangot ad igényének, hogy beszéljenek kapcsolatukról. Elmélyültebb figyelemmel, együttérzéssel igyekszik kapcsolódni hozzá.

Az áttétel szintjén elvesztett fiához és férjéhez fűződő élményei váltakozva jelentek meg. Amikor fiával kapcsolatos érzései vetültek rám, értékessé és vágyottá vált számára a pszichoterápiában együtt töltött idő, a visszajelzéseimet, értelmezéseimet nyitottan, hálásan fogadta. Amikor a férj alakja jelent meg az áttételi szcénában, gyanakvóvá és kételkedővé vált, intervencióimat bizalmatlanul fogadta, kapcsolatunk leértékelődött. Viszontáttételem az elkerülhetetlen projektív identifikáció által leképezte ezt: fia szerepében különlegesnek, értékesnek és nehezen elérhetőnek éreztem magam, a férj „ruhájában” nem találtam a helyem,

kilátástalannak, félreértésektől terhesnek éreztem közös munkánkat. A két áttételi-viszontáttételi helyzet idővel közelebb került egymáshoz: a felidézett emlékek nyomán fiáról emberibb kép formálódott, a férj démoni gonoszsága is enyhült. Közös munkánkat kevésbé jellemezte a teljes elfogadás és elutasítás váltakozása, árnyaltabb kapcsolati mintázat jelent meg. A pszichotikus színezetű projekciók, paranoid tartalmak áradása csillapodott, a hasított tartalmak integrálása megkezdődött, a depresszív pozíció származékaként a pszichoterápiás órákon is több nyitott kérdést hagytunk, kapcsolati tapasztalatait sem próbálta jó és rossz, áldozat és agresszor részekre szakítani.

Velem való kapcsolata lassan illeszkedett a realitáshoz: kevésbé akart bekebelezni, el tudta fogadni, hogy nem félelmei és vágyai által vezérelt segítője vagyok, hanem önálló emberi lény. Ezzel párhuzamosan gyászolt fiát is bátrabban engedte el a mágikus szimbiotikus kötésből.

Közléseiben a szomatikus élmények elemzése, a paranoid tematikájú epizódok helyét átvették vegyes hangulatú, olykor ambivalenciákat is artikuláló történetei gyermekeiről, unokáiról, reflexiói önmagáról mint anyáról és nagymamáról, a múlt időről fájdmáról – felvillantva a depresszív pozíció élményvilágát.

5.2.6. Szomatizáció és mágikus megőrzés

„Amilyen mértékben csökken (a gyászoló) ambivalenciája és a belső pusztítástól való félelme, olyan mértékben fokozódik benne a szeretet... erősödik a saját maga és mások jószágába vetett bizalma. Fokozódik hite saját jószágában, s abban, hogy jó tárgyai megőrizhetők...” (Klein, 1940/1999, 145. o.).

A pszichoterápiát meghatározó áttételi helyzet fókuszában az anya-fiú kapcsolat állt. Fia korú, vele bizalmas kapcsolatban álló férfi vagyok, így a terápiás szcena olyan együttlét sémákat (Stern 1985/2002) mobilizált, melyek a fiával átélteknek feleltethetők meg. Értelmezéseimet, terápiás intervencióimat hosszú ideig közömbösen fogadta, gyakran éreztem, hogy konzerválni szeretné a kapcsolatunkat, megvédeni az időbeliség, az elmúlás veszélyeitől. Ezt részben el kellett fogadnom, jó ideig csak így tudtunk dolgozni, előre haladva egyre gyakrabban jeleztem saját gondolataim fonálát és az idő múlását. A testi tünetek leírásán

túl kapcsolatairól gyakrabban kérdeztem. Fiához fűződő emlékeire is utaltam, ő beszámolt múltbeli élményeiről.

A szomatizációs tünetek közvetlen lefordítása félrevezető, korán szembesítő és ijesztő lehet egyben. A testi történések, az ismétlődő tünetek nyelvét elsődlegesen magamban értelmeztem azzal a céllal, hogy kapcsolatairól beszéljünk. A szcénikus, interszubjektív szemlélet segített nekem abban, hogy a szomatizációt mint a nonverbális kommunikáció egy sajátos formáját alkotási folyamatként tudjam szemlélni. A páciens saját testét használta színpadként, szervei, testi érzetei, panaszai szerepeltek rajta tudattalan testképét megformálva. Szerepem az aktív nézőé volt, aki igyekszik kapcsolatot teremteni a rendezővel. McDougall (1989) szcénikus modellje és Dolto tudattalan testkép koncepciója (Erdélyi 2013) a klinikai helyzetben összekapcsolódott, mikor a páciens testi narratívumainak egyéni logikáját követtem.

A lassan növekvő önreflektív kapacitást úgy kellett mobilizálnom, hogy közben tünetek sajátos realitását elfogadom. A szeparáció elviselhetetlensége miatt nem érhetett véget az előadás, csak a testi tünetekkel benépesülő színpadon tartható életben J. asszony fia.

A gyászmunka a tárgykapcsolatok szintjén részlegesen zajlott le páciensem esetében: a megnyugtató belső tárgy részlegesen, rövidebb időkre volt kialakítható. A testi történések szintjén, a szomatizáció szimbolikus és mimetikus realitásában megmaradt kapcsolata fiával. A szelftárgy így testen belüli szellemként, testi tünetekkel kommunikálva éli tovább az életét. A szomatizáció tekinthető a veszteséggel szembenező, a realitást újrataláló gyászmunkát részben segítő, részben helyettesítő kreatív folyamatnak, melynek során a szeparációtól való félelem erősebb az új kapcsolati lehetőségek felfedezésének öröménél. Az ismétlések sorozata sajátossá teszi az időélményt, összemosza a múltat és a jelent. A kreativitás a mágikus megőrzés szolgálatába szegődik, példáját adva a hosszan zajló gyással való együttélés lehetőségének.

5.3. Az interszubjektív szerepe funkcionális stresszbetegséggel küzdő gyermekek pszichoterápiájában

Az egyes funkcionális kórképek mögött álló jellegzetes kötődési mintázatok, az azokból adódó sérülékenység és plaszticitás feltérképezése a kezelési formák kiválasztásához ad fontos támpontokat. Célok a visszatérő hasi fájdalomban (recurrent abdominal pain, RAP, IBS ekvivalens gyermekkorban) szenvedő és anorexiás gyermekpáciensek játékterápiájának interszubjektív szempontú elemzése. Patológiás kötődési előzmények nyomán kezdődő szomatizációs tünetképzés eseteiben vizsgálom a közös játék lehetőségét pszichoanalitikusan orientált gyermekpszichoterápiában (Pénzes, Szalai & Kolosváry 2020). A közösen alkotott játékok szemléltetik, ahogy a pszichoterápia folyamán változik a testhez kapcsolódó izgalmak színezete, természete: a szenvedés rámutat az öröme, a félelmek a vágyakozásra. Az elszigetelt, magányos állapot szorongató érzéseit a kapcsolatba kerülés élménye váltja fel, a meg nem érttség érzését a megoszthatóság biztonsága (Mitchell 2000).

5.3.1. Tamara esete

Az első esetillusztráció egy tizenkét éves örökbefogadott kislány, Tamara pszichoterápiájából származik. A terápiába kerülésének oka engedetlensége, szocializációs nehézségei, otthoni és iskolai konfliktusok voltak. A kötődési viselkedés dinamikáját szemlélteti a játékterápia közben bekövetkezett változás a kötődési mintázatok szintjén.

Visszatérő gyermekkori hasfájással (RAP) küzdött, mely jellemzően a reggeli és a kora délutáni órákban jelentkezett. Ez a kórkép tekinthető az irritábilis bél szindróma gyermekkori megfelelőjének, diaré, obstipáció, diffúz hasi fájdalmak jellemzik, organikus eltérés nélkül. Jellemzően a 4 és 12 év közötti korosztálynál fordul elő, prevalenciája 20 és 30 % közötti (Seres & mtsai 2007).

A játékterápiát megelőző szülői első interjú során sajátos családszerkezet rajzolódott ki. Az örökbefogadó apa egyedüli szülőként nevelte Tamarát és két évvel idősebb nővérét. Élettársával nem sokkal a közös örökbefogadás után szakított. A diagnosztikus fázis során depresszív tünetek és időnként alulszocializált, opponáló magatartászavar körvonalazódott.

A terápiás folyamat egy évet ölelt fel. Bizalma lassan épült fel, az első hetek a lassú ismerkedésről szóltak. nem szívesen rajzolt, a képeket inkább csak odavetette, nem akart olyasmit csinálni, amit az iskolában is kell. A kapcsolatunk jellege töredezett volt a kezdeti időkből, nevelőapja emberének gondolt. A kötődési kép a dezintegrálthoz állt közel: többször ki akart lépni a terápiás kapcsolatból, aztán újra és újra adott még esélyt. A bizalom hullámzott, bizakodóbb időszakot kételkedő követett. Az együttjátszás iránti érdeklődését igyekezett leplezni, néhány hónap elteltével vált ezen a téren kezdeményezővé, maga ajánlott játéktémákat várva az együttműködésemet.

Kreatívan, olykor impulzívan vett részt a játékterápiás folyamatban. Játékaink zömét iskolás, tanár-diák szerepjáték alkotta. Ő szigorú, kegyetlen tanárnő szerepében kért számon engem mint diákot szóban, írásban. Jó választ gyakorlatilag nem adhattam. Feddést, büntetést, rossz osztályzatokat kaptam, a tanárnő mérges, bosszankodó volt. Szorongást, reményvesztettséget éreztem, sehogy sem tudtam megfelelni, jó válaszaimról is kiderült rendre, hogy mégsem fogadhatóak el. Viszontáttételi érzéseim között a fokozódó testi diszkomfort is megjelent, izomfeszülést, zsigeri fájdalmat egyaránt tapasztaltam. A kirúgás elől végül mindig megmenekültem: „Na jó, most az egyszer kapsz még egy esélyt.” – mondta ilyenkor Tamara. Néhány perc lazulás után azonban visszatért a szadisztikus helyzet, újra üldözötté váltam, ő pedig üldözővé.

Az elszakadás és a visszatalálás tárgyának éreztem magam, olyan kötődési személynek, akivel az ellökés és a visszahúzás kapcsolati forgatókönyve ismételtelen eljátszható. Hermann Imre szavaival: „Az elszakadásra törekvést reakcióképződésként, a megkapaszkodás ösztönének elhárításaként, de egyszersmind a passzívan elviselt erőszakos elszakítás ismétléseként kell felfognunk” (Hermann 1943/1984, 118.o.). A korai anyai áttétel alapjaiban határozta meg közös munkánkat, annak küzdelmes, gyűlölettel, romboló érzésekkel kevert változata. Az átélte és elviselt kölcsönös bizonytalanság a terápia kimenetelét összességében kedvezően befolyásolta: a kölcsönös hangolódás nehézségei a korai ambivalens kötődési helyzetet idézték, a korrektív élmény a kapcsolatért való küzdelem által vált elérhetővé. Az „elég jó szülő/pszichoterapeuta”, a kielégítő szülői gondoskodás/pszichoterápiás kapcsolat a hibákat magában foglalva, azokat több-kevesebb sikerrel korrigálva biztosítja a gyermek/páciens számára a későbbi kapcsolati alkalmazkodást (Winnicott 2004).

A kötődéselméletek az elkerülő kötődést és a hozzá kapcsolódó hiányos vagy ambivalens kommunikációs viselkedést olyan sajátosan adaptív alkalmazkodási kísérletnek tekintik, melynek célja a nyomasztó indulatok, érzelmek tudattól és kapcsolati eseményektől

való távol tartása (Fonagy, Target 1998). A hiányos mentalizálás a bántalmazó, elhanyagoló, nem szenzitív szülői környezetben a gyermek önvédelmét szolgálja: a másik érzéseire való ráhangolódás túlzottan megterhelő lenne számára az őt traumatizáló szülőjével alkotott diádban. A terápia kezdeti időszakában olyan kötődési személynek éreztem magam, akihez nehéz kapcsolódni, akitől tartani, félni kell. A nyomasztó anyai áttétel oldódásában segítettek a szerepjátékok, számomra megnyitották az apai áttétel oldottabb, játékosabb tartományát. Az anyai és apai áttétel szerepjátékaink elmélyülése idején párhuzamosan volt jelen. Az anyakapcsolatot ismétlő játékterápiás munka sajátos háromszemélyes helyzetet teremtett, melyben én apai, harmadik szereplő is voltam, aki oldhatja az anya-gyermek diád feszültségeit (Target & Fonagy 2002). A terebélyesedő kapcsolati tudás adott arra lehetőséget, hogy közösen átéljük a szimbolizációs és mentalizációs készségek gátlódásának időszakát. Rekonstruálódott a korai kapcsolati helyzet, amikor anya és gyermeke elakadt az egymás érzelmeire való ráhangolódásban, és ezáltal mind a saját, mind a másik belső világában való elmélyülés gátoltta vált. Az emésztési nehézségek a befogadás és a kiengedés fájdalmaival járnak. A belülrre kerülő tartalmak sorsa bizonytalan, a tőlük való megválás útja sem átlátható sokszor, szenvedéssel járó. A korai anyai jelenlét hiányosságai a kötődési helyzetben a csecsemő- és kisgyermek-kutatások alapján (Fonagy & Target 1997) a reflektív funkciók és a mentalizációs működések nehézségeihez vezetnek. Tamara emésztési problémái a külső valóság, társas ingerek feldolgozásának nehézségeivel is társult. Ahogy anyja nem tudta tartalmazni az ő korai, kaotikus élményvilágát, úgy saját teste sem tudja fájdalmak nélkül feldolgozni a belekerülő tartalmakat. Feszültsége depresszív visszahúzódás, interperszonális passzivitás és agresszivitás, impulzivitás hullámválását eredményezi viselkedésében.

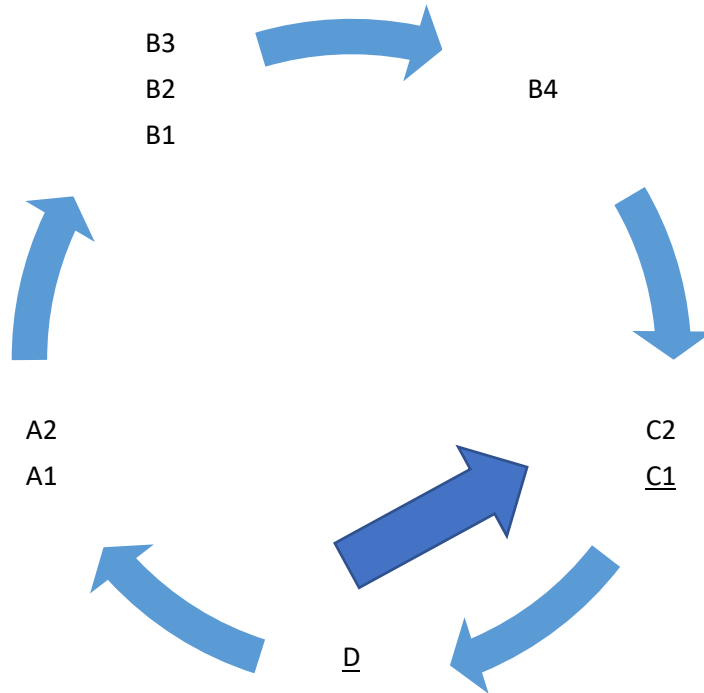
A játékterápia tápláló, anyai funkcióját többféleképpen támadja, próbára teszi: a ritkán felerősödő idealizálásom és a gyakori leértékelésem. Az apai áttételben a negatív komponensek átdolgozását gátolja a játékterápia folyamán szinte töretlenül fenntartott pozitív apakép. Az uralkodó anyai áttétel által kapcsolatunk a hosszantartó küzdelem terepévé válik, ahol az irigyelt anyai képességek birtokosának tekint engem olykor. Az iskolai alkalmazkodási nehézségekhez hasonlóan a terápia terében is megidéződik a gyermek és az anyamell drámája, a jóllakás, kielégülés és a követelőzés, irigység együttes jelenléte (Klein 1957/2000). A játékok forgatókönyve kirajzolta a zaklatott, korai kapcsolati helyzetet: az anya számára kezelhetetlen kisgyermeket, az anyai funkciók összeomlását, a csecsemőtthonba kerülés előzményeit.

A pszichoterápiás folyamattal párhuzamosan kiderült az örökbefogadó apa általi bántalmazás. A terápiás helyzetben kialakult, közösen tartalmazott interszubjektív feszültség a

kötődési minták szintjén érési folyamatot indított el. A hasítás és disszociáció alapú dezorganizált kötődés átadta a helyét a bizonytalan-ambivalens tematikának, a traumatizáció explicitté vált, Tamara azonosulás helyett vállalta konfliktusát az apai agresszorral. A korai kötődési helyzet fájdalmának közös elviselése segítette őt abban, hogy vállalja érzéseit, bármennyire fenyegetőek azok – miközben bántalmazó környezete is igyekszik elhallgattatni őt. A visszatérő hasi fájdalom tünetei csökkentek, kötődési viselkedése változásával együtt járt a funkcionális tünetképzés mérséklődése.

Már az Idegen Helyzet alapvizsgálatot kidolgozó kutatócsoportot is foglalkoztatta az egyes kötődési típusok közötti átmenetek kérdése (Ainsworth és mtsai 1978). Tamara pszichoterápiájában az interszubjektív térben a kapcsolati viselkedést érintő változások keletkeztek, melyek hatottak az aktiválódó kötődési mintázataira. A dezorganizált kötődési mintázat (D) átadta a helyét az aktív közelségkereséssel és heves ellenállással jellemezhető bizonytalan-ambivalens kötődésnek (C1): D → C1.

Biztonságos kötődésre vagy bizonytalan, elkerülő mintázatra nem találtam példákat Tamara kapcsolati viselkedésében, magatartási képében. A megfigyelt változás a dezintegrált minták felől a bizonytalan, ambivalens kötődés felé mutatnak. A kölcsönös kapcsolatba kerülés iránti igény, a felfedezést követő nyugalom mint a kötődési biztonság jelzései nem fordultak elő. Hasonlóképpen az elkerülő, önmagába merülő, depresszív mintázat sem jellemezte kapcsolati viselkedését. A kezdetben kiszámíthatatlan kapcsolati viselkedése bejósolhatóbbá vált közöttünk, a kötődési helyzetek az esetlegesség felől a rendeződés felé mozdultak. Lefolyásukat az ambivalens kapcsolódás drámai végletei jellemezték, de kaptak keretet is ezáltal. A terápiás folyamat során stabil személynek kezdett érzékelni engem, játékaiknak története lett, utalások keletkeztek a korábbi játékok eseményeire. Tamara önmeghatározása is ezáltal kaphatott élő alapot.



2. ábra A kötődési minták dinamikája Tamara esetében (A: bizonytalan – elkerülő, B: biztonságos, C: ambivalens – elkerülő, D: dezorganizált)

A kötődési viselkedés megváltoztatásához a pszichoterápia játékterében ki kellett alakítanunk a biztos bázist (Bowlby 1988). Azt a helyet, ahonnan el lehet indulni felfedezni a világot, ahol a kétségbeesés helyett megjelenik önmagunkról való gondolkodás. Ez a helyteremtés mindkét terápiás folyamatban lezajlott.

Tamara esetében a játékaikban az agresszív, szadisztikus és reflektálatlan tartalmak áradását kellett egy ideig elviselnem, majd pedig részlegesen tükröznöm és visszafogadhatóvá tenni számára. Az iskolás játékban a kegyetlenkedést először elviseltem, majd kétségbeesés által tükröztem. Diák szerepemben magam is megjelenítettem a határtalanságot, nem működtem együtt, dacoltam, kiabáltam. A közös keretsértés a kapcsolati keretek újraépítésének igényét hozta magával. Harcunk nem a kapcsolat lerombolásához vezetett, hanem új játékteret teremtett. Az ambivalenciák szervezték a megváltozott kapcsolatunkat is, de kidolgoztuk közben alapjainkat.

5.3.2. Lili

Az anorexia nervosa korai, prepubertás kori kezdetéről 8 és 14 éves kor között beszélünk (Lask & Bryant-Waugh 1992). A tünetek hasonlóak a serdülőkorban induló kórképhez. Ami nehézséget jelent, az a megfelelő időben történő felismerés. A gyermekek gyakran rejtetten éheztenek magukat, nem esznek az iskolában, családi körben válogatnak, jóllakottságra hivatkoznak (Cooper, Watkins, Bryant-Waugh & Lask 2002).

A játékterápia eseménysora – utalásos, metaforikus és metonímikus természetéből adódóan – általában dramatikus és narratív jellegzetességekkel rendelkező közös alkotás, kompozíció. A ritmikus, zenei tulajdonságokkal bíró dúdolás vagy altatódal is rendelkezik már narratív szerkezettel dallamos, repetitív természetéből adódóan az anya-csecsemő diád esetében (Benjamin 2004). A közös játékok, a mozgás örömét keresőktől a bonyolult szerepjátékokig, rendelkeznek keretekkel és forgatókönyvvel, a játszó felek találkozása létrehoz valami olyat, mely egyedi mintázatban magán viseli a játszó érzéseit, gondolatait. Az alábbiakban egy tizenegy-tizenkét éves gyermek terápiáján átívelő, közösen konstruált, dramatizált történet által szemléltetem az interszubjektív alkotói folyamat keletkezését, felépülését és sorsát a kapcsolatunkban.

Lili energikus, sovány, mosolygós, rövid hajú szemüveges kislány, a kezdetektől érdeklődő, játékra nyitott. Iskolai és otthoni magatartási problémákkal, az anorexia szemmel látható tüneteivel került hozzám. Az őt nevelő anyjának kisebbik lánya, nővére serdülőkorú, apjával a terápia ideje alatt elvétele tart kapcsolatot. Az anya párkapcsolati élete kusza, epizodikusan súlyossá váló alkoholproblémákkal küzd, munkahelyeit váltogatja. A terápia kezdetekor új élettársi kapcsolatba vág bele egy vállalkozását dédelgető, korábbi családját őrten elhagyó mesteremberrel. Lili kapcsolata viharos az újdonsült nevelőapával, ebből fakadóan az anya – a szülői első interjún elmondottak szerint – gyakran vergődik partneri és anyai szerepe között.

Az első szülőinterjún említi a nevelőapa leplezetlen büszkeséggel, hogy nemrég büntetésként elvette Lilitől az összes babáját, melyet csak akkor kaphat vissza, ha tartósan jól viselkedik. A bennem keletkező indulatokon túl a létezés, nem létezés érzésvilága kezdett foglalkoztatni. Az eltüntetett babák vajon léteznek-e Lili számára? Léteznek-e egyáltalán azok a babák, akikkel nem lehet játszani? A babákon való merengésem Lili létezésének kérdéséig vezetett el. Hogyan lehet ez a kislány a saját létezésével, amikor elvették tőle a babáit:

hasonmásait, gyerekeit, akikkel játszva a számára olyan gyakran hiányzó anya-gyermek közelség elővarázsolható. A babáival együtt nevelőapja és vele összejátszó anyja őt is eltüntetheti.

Korai, serdülőkor előtti kezdetű anorexiája lehetőséget ad számára, hogy testképét megtapasztalva, a soványsága kontúrjait szemlélve az eltűnést – elsősorban anyja és önmaga számára – megjelenítse. Válogatósága, időszakos dacos nem evése az ellenállás kifejezésén túl az eltűnés élményét is adja számára. Saját testével átélve mindez paradox módon megnyugtató és erőt adó lehetett számára, hogy azt legalább ő tartja kézben (ellentétben babái sorsával).

Az első hetek ismerkedése után Lili által sugallt közös történetészítés veszi kezdetét a terápiában. Lovagolni járó kislány szerepébe bújik, aki az istállóban dolgozók „szeme fénye”, és versenyeken is szép eredményeket ér el. A valóságban elérhetetlen álmom számára a lovaglás. A lovaglós kislány bőrébe óráról órára belebújik, és közel egy évig tartó regényes történet bontakozik ki. Az istálló mint helyszín átadja a helyét egy állatokkal teli erdőnek, ahová a főhős nagyszüleihez kerül. Lili életében az anya változó párkapcsolatai velejárójaként a költözések gyakoriak – a lakóhely bizonytalansága a terápia második felében az élettárssal való viták megszaporodásával újra napirendre kerül. Az anya által kínált kötődési felületet az időről időre elharapódzó problémaivása teszi bizonytalanná.

A történet, melyben én általában az erdő állatai szerepét kapom, tükrözi Lili életének kérdéseit. A főhős szülei a távoli Argentínában laknak, ő a nagyszülei erdei házában tölt hosszú időt valahol Európában. Vakációzni érkezik, de aztán ottragad. A nagyszülők szigorúak, határokat szabnak reggeltől estig. A kislány az erdő állataival teremt kapcsolatot, közelebből egy róka-saláddal, melynek tagjait én személyesítem meg. Fordulatos események után megérkeznek érte messziről a szülők, és hazahajóznak serdülni kezdő lányukkal Dél-Amerikába. Ott könnyűzenei tehetségkutató verseny veszi kezdetét, ahol a főhős lány nagy sikereket ér el – én az elragadtatott zsűritagok szerepét kapom. A történet vége és a terápia lezárása (a közelgő következő költözés miatt) összekapcsolódik. Lili már nagyobb lányként meglátogatja az erdei nagyszülőket és az erdő állatait, és néhány utolsó kalandba bonyolódva elbúcsúzik tőlük.

Pszichoterápiás kapcsolatunkban interszubsjektív alkotásunk a történet. Egyrészt Lili kötődési bizonytalansága, az anya életterének, partnereinek változásával járó változások tükröződnek benne. Másrészt a serdülés kezdetei, a gyermekkor védetségéből (az erdő) való

előbújás (a popszínpad) félelmei és izgalma tükröződnek benne. Ezekhez a képekhez, eseményekhez mindketten tudunk csatlakozni. Az erdő állataiként a játék szabadságát igyekszem kínálni, kiegészítő kötődési felületet, apai kapcsolódási tapasztalatot nyújtok. Zsúriként csodálattal és kíváncsisággal üdvözlöm Lili közelgő serdülőkorát. A történet fordulatai, a főhős költözése, majd búcsúzása segítenek mindkettőnket a leválás útján, láthatóvá teszik számomra Lili életének szépségeit a bizonytalanság fájdalmai között. A folyamatosan épülő közös alkotás a kislány számára felvillantja a stabilitás lehetőségét, melyet a történet lassú kibontásával, az előzmények feljegyzésével, visszautalásokkal igyekszem biztosítani. Az állatok, a természet és a zene szeretete olyan kaput nyitnak, amelyen belépve részt vettem a közösen megalkotott dramatizált történetben.

A játékterápia a dramatizálás keretében a szavak kimondásának képességét, az verbális, orális önkifejezés élményét adta az evés örömtelensége után. Játékunk fonálára mindketten vigyáztunk közös munkánk folyamán. Lili megálmodta, megformálta, és elmondta fantáziáit, én igyekeztem vele eljátszani a legtöbbet. A történet motívumait utalások és asszociációk szövedéke kötötte össze: ez a korai kötődési helyzetben tükrözési folyamatokból felépülő közös kapcsolati tudás világát idézte (Erdélyi 2011). Az anyai kapcsolatot és saját gyermeki szerethetőségét újra átélte a potenciális térben, a megosztott kapcsolati teret a játékok tették otthonossá számára. A történetszöveg hullámozása, lerombolhatósága és újraépíthetősége által vált biztonságosabbá a kapcsolat. A kisgyermek rombolási igényéhez hasonlóan a serdülőkorhoz közeledve a kötődési helyzet próbára tétele jelent meg a pszichoterápiás kapcsolatban.

A korai kötődési helyzet ambivalenciái uralták hosszú ideig közös munkánkat, melynek során az anyai kapcsolat bizonytalansága idéződött meg. A fokozódó feszültségre válaszul a játékfolyamat színesedése mélyítette a terápiás folyamatot. Az ödipális szint megjelenése szerepjátékunk szimbolikus világának kibontakozásához kapcsolódott, és megkönnyebbülést hozott. A közös dramatizálás adta metaforikus gondolkodás vezetett a nyelv érzelmkifejező lehetőségeinek kibontakozásához. Ezzel párhuzamosan velem mint apai személlyel való munka idején vált újra bizalmasabbá a valóságos apai kapcsolata.

Lili játéka a mesélés adta lehetőségek által alakítottuk ki a biztos bázist. Az életeseményeinek leképezése, a valóság megketőzése volt a célunk. Olyan teret talált, ahol tapasztalatairól, vágyairól, félelmeiről mesélhetett a mesés történet köntösében. Az élmények megosztása magányát oldotta és kapcsolati bizalmat is teremtett.

Lili testi tünetei a két éves terápiás folyamat lezáró időszakában mérséklődtek. Az anorexia nyújtotta testi önkifejezési lehetőséggel ritkábban élt. A kibontakozó kreativitása és a serdülőkor közeledte egyaránt segítségére voltak, hogy belső feszültségét más utakon tudja kifejezni. A közös játék a terápiás térben, a kapcsolatunkban keletkező feszültségek szabályozójaként is betöltötte a szerepét, illetve számomra segítséget jelentett a nyomasztó viszontátvételi érzések kezelésére, Saját tehetetlenségem, majd aktivitásom és reménykedésem egyaránt megjelentek a szerepeimben. Lili kapcsolatainak világa nyitottabbá vált közben, a terápia ideje alatt új barátsága is szövődött.

5.3.3. A gyermekterápiás esetek tapasztalatainak összegzése

A funkcionális pszichoszomatikus tünetekkel küzdő gyermekek pszichoterápiáinak küzdelmessége az interperszonális kommunikációs nehézségekkel magyarázható. Párhuzam vonható az Idegen Helyzet-kísérletek egyik, biztos és bizonytalan kötődésű gyerekeket differenciáló megfigyelésével. Biztos kötődőknek minősíthetők azok a gyerekek, akik a szeparációban szétesett viselkedés mutatnak, de az anya visszatértekor felveszik a kapcsolatot a szülővel. A bizonytalanul kötődőkhöz tartoznak ellenben azok a kisgyerekek, akik anyjuk hiányát szélsőséges viselkedés nélkül viselik, és nem is kapcsolódnak a visszatérő szülőhöz (Ainsworth és mtasai 1978). A kiszűrés nehézsége éppen a gyakran lappangó tünetekre és kevésbé feltűnő segítségkérésre vezethető vissza. A pszichoszomatikus tünetek mellett a közelségkereső aktivitás gyakran gátolt, így a páciensek gyakrabban izolálódnak az őket körülvevő társkapcsolati rendszerben kommunikációs-kapcsolódási nehézségeik miatt (Maunder, Hunter 2001).

A nyelvhasználat kevésbé plasztikus ezeknél a bemutatott gyermekpácienseknél, mely összefügg az önmagukról való explicit, verbális vagy verbalitásközeli gondolkodás hiányosságával (Fonagy, Target 1997). A közösen alkotott játékok szemléltetik, ahogy a pszichoterápia folyamán változik a testhez kapcsolódó izgalmak színezete, természete: a szenvedés rámutat az öröme, a félelmek a vágyakozásra. Az elszigetelt, magányos állapot szorongató érzéseit a kapcsolatba kerülés élménye váltja fel, a meg nem értettség érzését a megoszthatóság biztonsága. A „test színháza” (McDougall 1989) belülről kívülre kerül, és ami lezajlik játékterápiás színpadon megszélidül, „ehetővé és emészhetővé” válik. A kötődési zavart és pszichoszomatikus tüneteket egyszerre mutató gyermekeknél tapasztalataim szerint

az elérhetetlen, vagy félelem- és zavarkeltő, ezért elérni nem vágyott kötődési személyt a saját test pótolja. A gyermek a testével bánik úgy, ahogy tenné elsődleges gondozójával. A kötődési személy távoli, de a test jelen van, ezáltal terepe lehet az elsődleges kapcsolat frusztrációból eredő destrúciónak. Az átmeneti tárgyképződés elakad, a szülő érzelmileg elérhetetlen, a gyermek külső tárgy helyett saját testét választja játéknak.

6. Diszkusszió

A biztonságos kötődés talaján kialakuló mentalizációhoz szükség van az elsődleges bizalomra, a szülő ráhangolódására, a szülő érzelmtükröző funkciójára és magasan kontingens szülői reaktivitásra. Hasonlóképpen episztémikus bizalmat kell kialakítani a pszichoterápiában (Fonagy & Allison 2014). Lichtenberg (1996) az anya-gyermek és a terapeuta-páciens kapcsolat párhuzamában gondolkodva klinikum számára ezt úgy fogalmazza meg, hogy nem az élettörténet, a kommunikáció tartalma hangsúlyos, hanem a kommunikációba vetett bizalom kialakítása a cél. Ha az anya elérhető és szenzitíven reagál, a gyermek explorálni kezdi a környező világot. Ha az anya nem elérhető, leáll a felfedezés iránti igény. Ha a terapeuta elérhető és szenzitív, a páciens képes lehet a mentalizálásra, illetve értelmezések befogadására. A terápiás intervenciók időzítése a kötődési rendszer optimális állapotára is értendő.

A biztos kötődési bázis nyújtása, a történetek megosztásának lehetősége, az érzelmekkel való munka, a veszteségek kezelése lehetősége a pszichoterápia fontos kapcsolati tényezői. A kötődéshez hasonló biológiai és etológiai szerepe lehet az emberi faj számára a pszichoterápiának (Holmes 1993).

A pszichoterápiás hatásmechanizmus a kötődési tapasztalatok elsősorban jelen idejű és kisebb mértékben retrospektív alakulásán alapul. Az interszjektív hangolódási folyamatok (Mitchell 2000), a „találkozás pillanatok” (Stern és mtsai 1998) hatást gyakorolnak a kötődési viselkedést meghatározó implicit kapcsolati tudás (Lyons-Ruth 1998) struktúrájára és dinamikájára egyaránt. Ennek a hatásnak az alapját a pszichodráma és a játékterápiában a közös alkotás élménye adja, mely élénkebbé teszi a felnőtt- és gyermekpáciens kötődéskeresését és fokozza önbizalmát bizonytalan kötődési helyzetekben. Ennek hatása megfigyelhető a pszichoterápiás folyamat lezárása idején és utána tapasztalható változásokban, a kötődési viselkedés módosulásában.

A testi tünetek tartós fennállása, a kommunikáció sajátosságai disszociatív és elfojtásos folyamatokra egyaránt utaltak. A pszichoterápia folyamán az aktuális tünetek háttérbe szorulnak, a közös alkotás által az időbeliséghez kevésbé köthető tapasztalatok, érzelmi viszonyulások kerültek előtérbe (Stolorow 1995). A prereflektív és a dinamikus tudattalan (Erdélyi 2011) határvidéke mutatkozik meg a pszichoterápiás folyamatban. A szégyen és a büntudat (elfojtott tartalmak) mögött – elsősorban az áttételben – érezhetővé, láthatóvá válik az

anyakapcsolat korai konfliktusa, az elszakadásra törekvés és az arra való képtelenség együttes jelenléte (implicit tartalmak).

A szomatizációs esetek pszichoterápiájában „test történetei” töltik be a máskor fantáziákkal, verbalizálható áttételi képződményekkel benépesülő potenciális teret. A test nyelve a kötődési helyzetekhez kapcsolódó érzelmek, az implicit kapcsolati tudás, a tudattalan fantáziák tartalmait képezi le. Destruktív, szadisztikus képzetek, álomrészletek árulkodnak arról, milyen szorongásokat igyekszik uralni a páciens, ha a fenyegető, elfogadhatatlan fantáziavilág helyett a testével történetekre koncentrálna. A személyiségfejlődés korai zavarából fakadóan hiányos én-struktúrát a testi élmény stabilizálja (McDougall 1989). A beteg test hordozza a korai anya-gyermek kapcsolat traumáit, és nyújt egyszerre vigaszt a pregenitális szexualitás izgalmainak felébresztése által.

Winnicott (1971/1999) a kisgyermek játéktevékenység során figyelte meg az anyai tulajdonságokkal felruházott, gyermeki fantáziákkal kiszínezett tárgyak keletkezését. Az analízisben hasonló módon, az utalások szövedékéből kiemelkedve keletkeznek képzetek, történetek melyek csak az adott diádra jellemzőek.

Az interszubjektív térben létrejövő analitikus harmadikat analitikus és páciens együtt alkotják meg (Ogden 1994). A leírásának Winnicott gondolataihoz hasonlóan fontos előzménye kohuti szelftárgy-fogalom (Kohut 1971/2001), mely olyan „tárgyközi tárgyat” ír le, melynek a léte a szelf és a tárgy kettőséhez, kívülről tekintve két tárgy kapcsolatához kötött. A pszichoterápiában is képződik szelftárgy, melynek internalizálása biztosítja a hosszútávú hatékonyságot.

Benjamin (2004) fejlődési perspektívából vizsgálja az élményközösségben keletkező harmadik alakulását. Kapcsolati, kulturális és morális harmadik követik egymást csecsemőkorban és kisgyermekkorban. Mindegyik kapcsolódási forma megőrződik a későbbiekben és aktiválódik interperszonális életünkben. Kezdetben képződik a kapcsolati harmadik, mely a korai nonverbális mintázat-megosztáson alapul – ez az első interszubjektív perspektíva. Ez a verbalitás előtről származik, nonverbális élmények, mozgásmintázatok megosztásában jelenik meg - jellemezhető vitalitás affektusokkal, együttlét-sémákkal, protonarratív borítékok képződésével (Stern 1985/2002). A csecsemő-megfigyelés hívta fel a figyelmet a ritmus, az együttmozgás, a tánc, a dallam fontosságára a korai anya-gyermek interakciókban (Beebe & Lachmann 2002). A közös ritmust a diád együttesen hozza létre az

interakciók során. Ez a harmadik, ez a köztes tartomány a kapcsolatban energikus és megosztott.

A kulturális harmadik alapja a szimbólumok, nyelv, tabuk, később az analitikus pozíciója. A beszéd teremti meg a harmadikat a kétszemélyes helyzetben: Lacan a nyelvben használatos harmadik személy által látja kifejeződni a beszéd valóságában a harmadik pozícióját az én és te kettősén kívül. A diádikus helyzetet védi ez az összeomlástól. Az apa alakja kapcsolható a harmadik megjelenéséhez („az Apa neve”), az anya-gyermek diád imaginárius tartományát felváltja a trianguláris helyzetben az apai szimbolikus rend (Füzesséry 1993). Lacan kritikája a tárgykapcsolat elméletekkel, az elsődleges szeretettel szemben az anya-gyermek egység zárt-diádikus modelljére irányul. Az anya teljes azonosulásának, indulatainak, bekebelezési törekvéseinek az interszubjektív harmadik szab határt: ez a harmadik pozíció segíti az anyát, hogy empátikus, reflektív és időnként objektív tudjon maradni, és ne olvassza magába gyermekét (Bálint, A. 1939/1999). Hasonlóan jellemezhető az analitikus egyszerre bevonódott és kívülre helyezkedő szerepe.

A morális vagy fejlődési harmadik az ödipális helyzetben keletkezik, ezáltal szétszakítja az anya-gyermek diádot (Britton 1989). A harmadik behatolása által olyan lélektani tér jön létre, mely a gyermek kapcsolati szabadságát adja és egy olyan nézőpontot, ahonnan megfigyelheti önmagát és a másikkal zajló interakcióit. Ez a tanú pozíciója, a szülők kapcsolatát figyelő gyermeké, melyből a megfigyelő kimarad. Ez a tapasztalat a szeparáció felismerésében születik, és megengedi a szeparációra vonatkozó reflexiókat. Az analitikus helyzetben az elmélet és az értelmezések jelképezik az apa jelenlétét az elfogadó, tartalmazó analitikus anya mellett. Az apa szervezi az interszubjektív mezőt, ő jelenti a külső nézőpontot. Egyben üldöző és kasztráló erővel is bír. Az anya-gyermek diádban szükséges egy feszültségszabályozó térnek a megteremtése, mely szabályozza a szükségletek és vágyak dinamikáját.

Miképpen tud a pszichodráma (mint pszichoterápiás folyamat) hatékony lenni a szomatizáció (mint pszichopatológiai folyamat) gyógyításában? A pszichodráma és a szomatizáció mint folyamatok kapcsolatát elemezve több hasonlóság tűnik a szemünkbe: mindkettő akció- és eseményközpontú, a testi és érzelmi történések egyaránt megelőzik, és gyakran háttérbe szorítják a kognitív feldolgozást, lefolyásukban kevésbé absztraktak, sokkal inkább konkrétak (Teszary 2017). A szomatizáló páciens otthon érzi magát a pszichodrámaiban, hiszen a „test színháza” ott is megelevenedik. A lényeges és számára meglepő különbség az, hogy nincs egyedül. A csoport terében távolság keletkezik a megélt, csinált és látott között, a páciens aktivitása, ágenciaélménye nő: a színpadon megcsinálja, amit eddig általában

passzívan, kiszolgáltatottan megélt. A hasonmásának játéka lehetőséget teremt arra is, hogy nézője legyen önmagának. A szenvedő test sokrétűen megmutathatja önmagát, ezáltal teret kap a reflektivitás.

A tünetekhez kapcsolódó feszültség, libidó áttevődik a személy megmutakozó élettörténetére, azaz sokszínű önmagára, vágyaira, félelmeire, kapcsolati érzéseire. A pszichodráma során megszületik (akárcsak a színpadon, a filmvásznon) az egyéni életesemények szépsége, esztétikuma (Pénzes 2014). Ezt látja a páciens a drámacsoport őt körbeölelő anyai tükrében, azaz önmagát látja szépnek, érdekesnek szenvedésében, örömeiben. Ezáltal változik a testéhez kapcsolódó izgalmak színezete, természete: a szenvedés rámutat az örömeire, a félelmek a vágyakozásra. A hasi tünetektől indulunk, azután feltárul has gazdag, sokszínű érzésvilága. Az elszigetelt, magányos állapot szorongató érzéseit a kapcsolatba kerülés élménye váltja fel, a meg nem értettség érzését a megoszthatóság biztonsága. A „test színháza” belülről kívülré kerül, és ami lezajlik a színpadon, megszelídül, emészthetővé válik.

A bemutatott esetekben a veszteség keltette érzéseket igyekeztek a páciensek uralni testük bevonásával. Az elvesztett tárgy feletti uralmat megbetegedett testük szenvedése és gyógyulása által próbálták visszaszerezni. A pszichoterápia a saját testtel való küzdelembe avatkozott bele. A páciensek egyszerre voltak segítségkérők és elutasítók, a terápiás kapcsolat, miközben kötődési felületet képezett, a rombolás terepe is volt (Lombardi 2008). Ez a kettősség zaklatottá, de egyben gyümölcsözővé tette a viszontátvételi folyamatokat. A pszichoterápiás teret elárasztó béta-elemek átalakítása (Bion 1962) során néhány, témájában a páciens élettörténetéhez, élethelyzetéhez illeszkedő költemény felidézése tette hatékonyabbá a pszichoterapeuta számára a reverie állapotában a béta-elemek alfa-elemekké alakítását.

A testhez kötött betegségtapasztalatok, életesemények a pszichoterápia potenciális terébe kerülve reflektív és narratív színeváltozáson mennek keresztül: a „játszás” terében zajlik az átalakulás. Winnicott (1999) szavaival: „A játszás ezen tere nem belső lelki valóság. Az egyénen kívülre esik, mégsem a külső világ. Erre a játszótérre a gyermek összegyűjti a külső valóság tárgyait és jelenségeit... kirak egy mintát az álomlehetőségekből, és ezzel a mintával él a külvilág egy általa választott szegletében.” A pszichoterápiában ez a „szeglet” a potenciális tér, a játék tere. A disszertáció azt vizsgálja, mit kezdhet a szomatizáló személy a szenvedésével ebben a kitüntetett térben.

A szomatizáció interszjektív nézőpontból a testtel folytatott sajátos párbeszédnek tekinthető. Olyan belső dialógusnak, ami a kötődési helyzetben ki nem teljesedett dialógust

pótolja (Lyons-Ruth 2006). A testi tünet a kötődési deficit nyomait mutatja, reparatív aktus, mely pótolni igyekszik azt az élményvilágot, ami a korai kapcsolati mezőben nem bontakozott ki. A pszichoterápia során az interszubjektív folyamatok elmélyülése által ez a kapcsolati mező megnyílik, a játék során az átmeneti tér megelevenedik, a közös alkotások során újraindul az átmeneti tárgyak, jelenségek képződése (Winnicott 1971). Az átmeneti térben zajló események inspiráló módon hatnak a kapcsolati és a belső dialógusra. A közös játék tapasztalata, az interszubjektív párbeszéd felélénkülése nyomán a belső dialógus természete is átalakulhat, az átmeneti tárgyhoz hasonlóan kialakul az átmeneti szubjektum (Gentile 2007), a szomatizáció szerepe elhalványul az érzelemszabályozásban.

Az interszubjektív mezőben újra és újra eltűnik, majd felbukkan a kötődési traumatizáció (Stolorow 2013). A büntudat és a szégyen lerombolja a közös építményt időnként. A pszichoterapeuta újra és újra elárasztva érzi magát a páciens pszichés valóságával – tükrözve ezzel azt korai helyzetet, amikor a szülőt árasztotta el gyermeke a projekcióival. A traumatizáló helyzet újrajátszását azzal tudjuk megszelídíteni, ha az „itt és most”-ban foglalkozunk azzal, ami a kapcsolatban történik.

A csecsemőkutatások tapasztalatait hasznosító Boston csoport a terápiás változást a páciens implicit kapcsolati tudásában történő változásokhoz kötötte. Az interszubjektív összehangolódás során képződő „találkozás pillanatok” létrejöttéhez vezető út kis interaktív egységekből, momentumokból képződik. A belátások sorozata mellett új élmények keletkeznek az interperszonális térben, új kapcsolati lehetőségek dolgozódnak ki (Stern, Sander, Nahum, Harrison, Lyons-Ruth & Morgan 1998).

7. Konklúzió

„Hullámzó dombok emelkednek,
csillagképek rezegnek benned,
tavak mozdulnak, munkálnak gyárok,
sűrög millió élő állat,
bogár,
hinár,
a kegyetlenség és a jóság;
nap süt, homályló északi fény borong -
tartalmaidban ott bolyong
az öntudatlan örökkévalóság.”

József Attila: Óda – részlet

Az empirikus vizsgálat és az esettanulmányok közös tapasztalata a számomra, hogy a testi tünetképzést kapcsolati keretben "szóra lehet bírni". A biomedikális értelemben véve hiányzó betegség és a páciens által tapasztalt szenvedés közötti szakadék áthidalására a kapcsolat és a kapcsolatokban gondolkodás képes. A pszichoanalízis a gyógyító, személyközi kapcsolatot és a kapcsolatokról való közös gondolkodást ajánlja fel. A külső és belső tárgyai között élő és a pszichoanalitikus pszichoterápiájában azokon munkálkodó személy a saját testével is új kapcsolatot tud kialakítani.

A jelentésadás aktusa a szomatikus tünetek esetében nem megfejtést ad, hanem dialógust indít el a páciensekben, a barátkozást segíti saját testükkel. A pszichoanalitikus gyakorlat születéséhez kanyarodunk vissza, a hisztéria talányához (Csabai 2007). A test nyelvének megértése a pszichoszomatikus orvoslás elmúlt közel másfél századának fényében hiú ábrándnak tűnik. A nyelvi pontosságú fordítás helyett inkább test zenéjének megismerése tűnik elérhetőnek. A kötődés feltérképezése és az interszubjektív pszichoterápiás tapasztalat ebben segít. Közelebb visz ahhoz, hogy megértsük, miképpen használja a páciens a testét kapcsolatainak terében. Olyan narratívát kell újra meglelnünk, ami a verbalitás uralma előtt volt jellemző. A kötődés vizsgálata, a pszichodráma cselekvésközpontúsága, a pszichoanalitikus szemléletű munkában az álmok, fantáziák, játékok a nyelv keletkezése előtti mentális

folyamatokhoz nyúlnak vissza, a személyesség elemi formáihoz vezetnek. A csecsemőkutatások tapasztalatai szerint „a csecsemők kezdeti személyközi tudása nagyjából megoszthatatlan, amodális, eseti példákhoz kötött és nem szavakba foglalt viselkedésmódokra hangolt, ahol egyetlen érintkezési csatornának sincs kitüntetett szerepe... A nyelv megváltoztatja mindezt. Megjelenése nyomán a csecsemők elidegenednek attól a közvetlen kapcsolattal, amely önnön személyes élményeikhez fűzi őket. A nyelv úrt kényszerít ki a személyközi élmény átélése és az arról alkotott képzet között.” (Stern 1985/2002, 194.o.) Ebben az űrben keringenek a szomatizáló páciensek testi tünetei, zűrzavaros érzéseket mozgosítanak, melyek nem tudnak képzetté formálódni. Bion (1962) terminológiájában béta-elemek ezek, melyek nem kapnak személyes értelmet, nem tudnak alfa-elemekké változni, emésztetlenül maradnak. A pszichoterápia a béta-elemek emésztését végző alfa-funkció örököse, ennek lehetséges változatait igyekeztem bemutatni.

A kutatás és az esetekben gondolkodás interszubjektív keretben zajlott. A testi tünetek társas vonatkozásait vizsgálva láthatóvá vált, hogy a szomatizáció az ösztönökhöz hasonlóan határterület a testi és a lelki tartomány között. Egyben annak is bizonyítéka, hogy nincs éles határ pszichés és szomatikus között. A szomatizáció testi-lelki önismeret iskolájává válhat a páciensek számára, melyben a pszichoterápia segít jegyzetelni, gyakorolni akár egyéni, akár csoportos közegben. Vizsgálni mindenkinek magának kell. A testi önszabályozás korai formáitól kezdve kapcsolati helyzetbe ágyazott, a korai kapcsolati tapasztalatok, a szülői gondoskodás, a kötődési helyzet adja a talaját. A pszichoanalitikus pszichoterápia az áttételi folyamatok által ezeknek a korai interszubjektív élményeknek a későbbi megfelelője.

A hallgató, elhallgató, érzelmi tartalmaik kifejezését kerülő páciensek helyett testük mondja el történetüket. Az érzelmekkel áthatott nyelvnek a megtalálásában segíthet a pszichoterápiás folyamat nyújtotta interszubjektív élmény. A páciens megtanulja a nyelvet mint az érzelmi tartalmak lehetséges hordozóját, kifejezőjét használni. Egyre gyakrabban tapasztalja, hogy a testében a tünetek mellett érzések, metaforák és gondolatok is születnek.

Köszönetnyilvánítás

Köszönöm témavezetőmnek, Prof. Csabai Mártának bizalmát, türelmét, elmélyült és odaadó segítségét, Prof. Túry Ferencnek a pszichoszomatikus gondolkodásba való bevezetést, Prof. Gergely Györgynek a pszichoanalitikus folyamat kutatási távlatainak megismertetését.

Hálás vagyok Prof. Erdélyi Ildikónak a mesterségbeli tudás átadásáért, Prof. Erős Ferencnek a lehetőségért, hogy a Doktori Iskolában tanulhattam.

Köszönet mindenért családomnak, szeretteimnek.

Irodalom

Abelin, E. (1975): Some further observations and comments on the earliest role of the father. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 293-302.

Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978): *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Aisenstein, M. (2010): The mysterious leap of the somatic into the psyche. In: Uő & Aisemberg, E. R. (szerk.): *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective*. London, Karnac Books, 47–62.

Alexander, F. (1950/1990): *Psychosomatic medicine – its principles and applications*. New York, Norton.

Amato, P. R. (1986): Marital conflict, the parent-child relationship and child self-esteem. *Family Relations*, 35: 403-410.

Ammon, G. (1979): Psychosomatic illness as a result of a deficit in ego-structure under consideration of the genetic. Dynamic, structural, and group dynamic point of view. *Psychother Psychosom*, 31(1-4):179-189.

Arn, I., Theorell, T., Uvnäs-Moberg, K., Jonsson, C. O. (1989): Psychodrama group therapy for patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51(3): 13-19.

Atkinson, W., Lockhart, S., Whorwell, P., Keevil, J., Houghton, L. (2006): Altered 5-hydroxytryptamine signaling in patients with constipation- and diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 130: 34-43.

Bálint A. (1939/1999). Az anya iránti szeretet és az anyai szeretet. In Bálint M., *Elsődleges szeretet és pszichoanalitikus technika I.* (106-122). Budapest: Animula.

Bálint M. (1932/1999): A jellemanalízis és az újrakezdés. In uő. *Elsődleges szeretet és pszichoanalitikus technika II.* (9-24). Budapest: Animula.

Bálint M. (1935/1999): Kritikai megjegyzések a libidó pregenitális szerveződésének elméletéhez. In uő. im. I. (50-72). Budapest: Animula.

Bálint M. (1937/1999): Az én fejlődésének korai állapotai. Elsődleges tárgyszeretet. In uó. im. I. (88-105). Budapest: Animula.

Bálint M. (1957/1961): *Az orvos, a betegek és a betegség*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

Bartholomew, K., Horowitz, L. M. (1991): Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61: 226–244.

Bass, C. & Benjamin, S. (1993): The management of chronic somatization. *British Journal of Psychiatry*, 182: 472-480.

Beebe, B. & Lachmann, F. (2002): Organizing principles of interaction from infant research and the lifespan prediction of attachment: Application to adult treatment, *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 4(2): 61-89.

Benjamin, J. (2004): Beyond doer and done-to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73: 5–46.

Benke J. (2009): *Az orvostudomány története*, Budapest: Medicina.

Bion, W. R. (1961): *Experiences in group and other papers*. New York: Basic Books.

Bion, W. (1962): *Learning from experience*. New York: Basic Books.

Blanchard, E. B. (2001): *Irritable bowel syndrome. Psychosocial assesment and treatment*. Washington D.C.: APA.

Bosmans, G., Braet, C., Van Vlierberghe, L. (2010): Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(5): 374-385.

Bowlby, J. (1969): *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby (1988): *A secure base*. New York: Basic Books.

Bögels, S., Phares, V. (2008): Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and a new model. *Clinical Psychology Review*, 28: 539–558.

Brennan, K. A., Clark, C. L., Shaver, P. R. (1998): Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson, J. A., Rholes, W. S. (eds.): *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press, 46–76.

Britton, R. (1989): The missing link: Parental sexuality in the oedipus complex. Britton, R., Feldman, M. & O'Shaughnessy, E. eds. *The Oedipus Complex Today Clinical Implications*. London: Karnac, 83-101.

Brody, A. L., Saxena, S., Stoessel, P., Gillies, L. A., Fairbanks, L. A., Alborzian, S., Phelps, M. E., Huang, S. C., Wu, H. M., Ho, M. L., Ho, M. K., Au, S. C., Maidment, K. & Baxter, L. R. Jr. (2001): Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 58: 631-640.

Bronstein, C. (2011): On psychosomatics. The search for meaning. *International Journal of Psychoanalysis*, 27: 173-195.

Bucci, W. (2007): Dissociation from the perspective of multiple code theory. *Contemporary Psychoanalysis*, 43:165-184.

Cabrera, N.J., Tamis-LeMonda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S., Lamb, M. E. (2000): Fatherhood in the twenty-first century. *Child Development*, 71(1): 127-136.

Cooper, P. J., Watkins, B., Bryant-Waugh, R., Lask, B. (2002): The nosological status of early onset anorexia nervosa. *Psychol Med*, 32(5), 873-880.

Csabai M. (2007): *Tünetvándorlás*. Budapest, Józseveg Műhely Kiadó.

Csabai M. (2010): A pszichoanalitikus pszichoszomatika viszontagságai és dilemmái. *Lélekelemzés*, 5(1): 24–34.

Csabai M. (2017): Az egészségpszichológia új kihívásai: a személyre szabott orvoslás ígérete és az esetközpontú szemlélet reneszánsza. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 72 (4/7): 579–589

Csabai M. (2018): Az esettanulmány tudománytörténeti változásai és dilemmái. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73 (1/3): 29–41.

Csabai M., Molnár P. (2009): *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest: Medicina.

Császár Gy. (1980): *Pszichoszomatikus orvoslás*. Budapest, Medicina.

Dancey, C. P., Stenner, P., Attree, E. A., Coogan, J., Kovács Á & Bárdos Gy (2009): Irritable bowel syndrome in Hungary: How do patients view their illness? *Clinical and Experimental Medical Journal*, 3(3), 487-498.

Dattilio, F. M., Salas-Auvert, J. A. (2000): *Panic disorder: Assessment and treatment through a wide-angle lens*. Theisen, Zeig Tucker.

Davids, M. (2002). Fathers in the internal world. In J. Trowell & A. Etchegoyen (Eds.), *The importance of fathers*. New York: Brunner-Routledge, 67-92.

De Masi, F. (2004): The psychodynamic of panic attacks: A useful integration of psychoanalysis and neuroscience. *Internal Journal of Psychoanalysis*, 85: 311-336.

Dolto, F. (1971/2013): *Psychoanalysis and paediatrics: Key psychoanalytic concepts with sixteen clinical observations of children*. New York: Routledge.

Drossman, D.A. (1998): Presidential address: Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosomatic Medicine*, 60, 258-267.

Drossman, D. A., Thompson, W. G., Talley, N. J., Funch-Jensen, P., Janssens, J. & Whitehead, W. E. (1990): Identification of subgroups of functional bowel disorders. *Gastroenterol Int.* 3:159-172.

Engel, G. L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136.

Erdélyi I. (2010). „Bőrünket vásárra.” A test a pszichoterápiában. In: Uő: *Mágikus és hétköznapi valóság*, 99-114. Budapest, Oriold és Társai.

Erdélyi, I. (2011): A korai kapcsolat az álmokban a pszichoanalízis és az idegtudományok tükrében – Az álom-munka hatékonysága. *Lélekelemzés*, 6(1): 55-66.

Erdélyi I. (2013): A tudattalan testkép elmélete és megjelenése álmokban. *Imágó*, 24(2): 59-72.

Erős F. (2010): Test, lélek, emlékezés – a metapszichológiai problémák tükrében. *Lélekelemzés*, 5(1): 11-25.

Feeney J.A., Noller P. & Hanrahan M. (1994). Assessing adult attachment. In: Sperling, M.B., Berman, W.H. eds.: *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford; 122–158.

Ferenczi S. (1913/2000): A valóságérzék fejlődésfokai és patológikus visszatérésük. In Erős Ferenc (szerk.): *Ferenczi Sándor*. Budapest: Új Mandátum, 97-105.

Ferenczi (1917/1982): Patoneurózisok. In: Uő.: *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében*. Budapest, Magvető, 243-261.

Ferenczi S. (1919/1982): A hisztériás materializáció jelenségei. In: uő.: *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében*. Budapest, Magvető, 226-242.

Ferenczi S. (1932/1996): *Klinikai napló*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

Fischbein, J. E. (2011). Psychosomatics: A current overview. *International Journal of Psychoanalysis*, 92: 197-219.

Fischbein, J.E. (2017). Configurations of time, the body and verbal communication: Temporality in patients who express their suffering through the body. *International Journal of Psychoanalysis*, 98: 323-341.

Flouri, E., Buchanan, A. (2002): The role of father involvement in children's later mental health. *Journal of Adolescence*, 26: 63–78.

Fonagy, P., Target, M. (1997): Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9:679–700.

Fonagy, P., Target, M. (1998): Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(1), 87-114.

Fonagy, P., Allison, E. (2014) The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51: 372-380.

Ford, A. C, Brandt, L. J., Young, C., Chey, W. D., Foxx-Orenstein, A. E. & Moayyedi, P. (2009a): Efficacy of 5-HT3 antagonists and 5-HT4 agonists in irritable bowel syndrome: Systematic review and metaanalysis. *Am J Gastroenterol* 104: 1831–1843.

Ford, A.C., Talley, N.J., Schoenfeld, P.S., Quigley, E.M.M., Moayyedi, P. (2009b): Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: Systematic review and meta-analysis. *Gut*, 58: 367–378.

Fordyce, W. E. (1988): Pain and suffering: A reappraisal. *American Psychologist*, 34: 277-283.

Focault, M. (1976/1996): *A szexualitás története I. A tudás akarása*. Atlantisz, Budapest.

Foulkes, H.S. (2000): *A csoportanalitikus pszichoterápia módszere és elvei*. Animula, Budapest.

Fraley, R. C., Waller, N. G. & Brennan, K. A. (2000): An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.

Frank, A. (1993): The rhetoric of self-change: Illness experience as a narrative. *Sociological Quarterly*, 34: 39-52.

Freud, S. (1894): The neuro-psychoses of defence. *Standard Edition*, 3: 41-61.

Freud, S. (1900/1985): *Álomfejtés*. Budapest, Helikon.

Freud, S. (1915/1997): Ösztönök és ösztönsorsok. In: Erős F. szerk. *Ösztönök és ösztönsorsok*, Budapest: Filum, 41-62.

Freud, S. (1917/1986): *Bevezetés a pszichoanalízisbe*. Gondolat, Budapest.

Freud, S. (1920/1991): *A halálösztön és az életösztönök*. Budapest, Múzsák.

Freud, S. (1940/1982): A pszichoanalízis foglalatja. In: Uő. *Esszék*. Budapest, Gondolat.

Füzesséry É. (1993): Lacan és az „Apa neve”. *Thalassa*, 4 (2): 45-61.

Gaddini, R. (1978): Transitional object origins and the psychosomatic symptom. In: Grolnick, S. A., Barkin, L. (eds): *Between reality and fantasy: transitional objects and phenomena*, 112-131. New York: Aronson

Garakani A, Win T, Virk S, Gupta S, Kaplan D, Masand PS (2003): Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patients: a review. *Am J Ther*. 10(1):61-7.

Gentile, J. (2007). Wrestling with matter: origins of intersubjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 76: 547-582.

Gergely G., Watson, J.S. (1998): A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje. *Thalassa*, 9(1): 56-105.

Gerson, M. J. (2002): Psychosomatics and psychoanalytical theory – The psychology of ulcerative colitis and Crohn’s disease. *Psychoanalytic Psychology*, 19(2): 380-388.

Gerson, C. D., Gerson, J., Gerson, M. J. (2013): Group hypnotherapy for irritable bowel syndrome with long-term follow-up. *Int J Clin Exp Hypn*, 61:38-54.

Geyskens, T. (2003). Imre Hermann's Freudian theory of attachment. *Int J Psychoanal*, 84(6), 1517-1529.

Gomborone, J., Dewsnap, P., Libby, G. & Farthing, M. (1995): Abnormal illness attitudes in patients with irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res* 39:227-30.

Gottlieb, R. M. (2003): Psychosomatic medicine: the divergent legacies of Freud and Janet. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51: 857-881.

Green, A. (2010): Thoughts on the Paris School of psychosomatics. In Aisenstein, M., Aisemberg, E. R. (szerk.) *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective*, 1-46.

Groddeck, G. (1932): Wege zum Es. *Psychoanalytische Bewegung*, 4(2): 161-171.

Grossmann, K., Grossmann, K. E., Fremmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheurer-Englich, H., Zimmerman, P. (2002): The uniqueness of the child–father attachment relationship: Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development*, 11: 307–331.

Guthrie, E., Creed, F., Dawson, D. & Tomenson, B. (1993): A randomised controlled trial of psychotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. *Br J Psychiatry* 163:315-21.

Hámori E. (2015). *A kötődésemélet perspektívái*. Budapest: Animula.

Hámori E., Dankháziné Hajtman E., Horváth-Szabó K., Martos T., Kézdy A. & Urbán Sz. (2016): A felnőtt kötődés mérése: a Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ-H) magyar változata. *Alkalmazott Pszichológia*, 16(3): 119-144.

Hermann I. (1943/1984). *Az ember ősi ösztönei*. Budapest, Magvető.

Herold G. (2000): *Belgyógyászat*, Budapest: Medicina.

Hofer, M. (1994): Early relationships as regulators of infant physiology and behaviour. *Acta Paediatrica*, 83/397: 9–18.

Hofer, M. (1996): On the nature and consequences of early loss. *Psychosomatic Medicine*, 58: 570-581.

Hoffmann, S.O., Hochapfel, G. (2000): *Neuróziselmélet, pszichoterápia és pszichoszomatikus medicina*. Budapest, Medicina.

Holmes, J. (1993): Attachment theory: a biological basis for psychotherapy? *The British Journal of Psychiatry*, 163: 430-438.

Hunter, J., Maunder, R. & Lan Le, T. (2016): Fundamentals of attachment theory. In Hunter, J. & Maunder, R. (szerk.): *Improving Patient Treatment with Attachment Theory: A Guide for Primary Care Practitioners and Specialists*, Suisse, Springer International Publishing.

Kaechele, H. (2010). A hungarian precursor of attachment theory: Ferenczi's successor, Imre Hermann. *American Imago*, 66(4), 419-426.

Kalantar, J. S., Locke, G. R., Zinsmeister, A. R., Beighley, C. M. & Talley, N. J. (2003): Familial aggregation of irritable bowel syndrome: A prospective study. *Gut* 52: 1703-1707.

Kandel, E. R., Schwartz, J. H. & Jessell, T. M. (2000): The neural basis of cognition. In: *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill, 317-348.

Katz, A. W. (2010): Healing the split between body and mind: Structural and developmental aspects of psychosomatic illness. *Psychoanal. Inq.*, 30: 430-444.

Kircanski, K., Craske, M. G., Epstein, A. M., Wittchen H-U. (2009): Subtypes of panic attacks: a critical review of the empirical literature. *Depression and Anxiety*, 26(10): 878-887.

Kirmayer, L.J., Young A. (1998): Kultúra és szomatizáció: klinikai, epidemiológiai és etnográfiai perspektívák. In Kulcsár Zs. (szerk.) *Megmagyarázhatatlan testi tünetek I*. Budapest, Eötvös Kiadó, 271-297.

Kiyoko, I., Keiko, M., Toshio, Y. (2001): A case of irritable bowel syndrome joined the psychodrama. *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine*, 41(6): 465-470.

Klein, M. (1928/1999): Az Ödipusz komplexus korai szakaszai. In: Uő. *A szó előtti tartomány. Pszichoanalitikus tanulmányok*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 11-35.

Klein, M. (1957/2000): *Irigység és hála*. Budapest, Animula, 1957/2000.

Kohut, H. (1971/2001): *A szelf analízise*. Budapest, Animula.

Kohut, H. (1979): The two analysis of Mr Z. *Int J Psa*, 60(1): 3-27.

Kohutis, E. A. (2008): Concreteness, dreams, and metaphor: their import in a somatizing patient. *J. Amer. Acad. Psychoanal. Dynam. Psychiatry*, 36(1): 143-163.

Kőváry, Z. (2015): C. G. Jung's dream of Siegfried: A Psychobiographical study. *Psychoanal. Rev.*, 102(4): 461-481.

Kristeva, J. (1982): *Powers of horror: an essay on abjection*. New York, Columbia University Press.

Kristeva, J. (2014): Reliance or maternal eroticism. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 62(1): 69-85.

Kulcsár Zs. (2004): Szomatizáció. In: Uő. (szerk.) *Megmagyarázhatatlan testi tünetek I*. Budapest, Eötvös Kiadó, 209–223.

Lacan, J. (1993): A tükör-stádium mint az én funkciójának kialakítója, ahogyan a pszichoanalitikus tapasztalat számunkra. *Thalassa*, 4 (2): 5-11.

Láng A. & Nagy L. (2013): Kötődéelmélet és fejlődési pszichopatológia – szemlélet, modellek, közvetítő mechanizmusok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68 (1): 23-37.

Lask, B., Bryant-Waugh, R. (1992): Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. *J Child Psychol, Psychiatr*, 33: 281-300.

Lewis, C. Lamb, M. (2007): *Understanding fatherhood: A review of recent research*. University of Lancaster, Joseph Rowntree Foundation.

Lichtenberg, J. (1996): Caregiver-infant, analyst-analysand exchanges: Models of interaction. *Psychoanalytic Inquiry*, 16:54-66.

Lipowski Z. J. (1968): Review of consultation-liaison psychiatry and psychosomatic medicine, III. Theoretical issues. *Psychosomatic Medicine*, 30, 395-422.

Lipowski Z. J. (1988): Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1358-1362.

Liu, L., Cohen, S., Schulz, M. S., Waldinger, R.J. (2011): Sources of somatization: exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Soc Sci Med*. 73(9): 1436-1443.

Lombardi, R. (2008). The body in the analytic session: Focusing on body-mind link *International Journal of Psychoanalysis*, 89: 89-109.

Lombardi, R. (2011). The body, feelings and the unheard music of the senses. *Contemporary Psychoanalysis*, 47(1): 3-24.

Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F. (1994): *Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban*. Budapest, Animula.

Luyten, P. & Fonagy, P. (2016) An integrative, attachment-based approach to the management and treatment of patients with persistent somatic complaints. In Hunter, J. & Maunder, R. (szerk.): *Improving Patient Treatment with Attachment Theory: A Guide for Primary Care Practitioners and Specialists*, Suisse, Springer International Publishing.

Lyons-Ruth, K. (1998): Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19: 576-617.

Lyons-Ruth, K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4): 595-616.

Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., Bianchi, I. (2006): From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences? *Psych Clin NA*, 29: 63-86.

Mahler, M., Pine, F., Bergman, A. (1975): *The psychological birth of the human infant. Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.

Marty, P. (1968): A major process of somatization: The progressive disorganization. *International Journal of Psychoanalysis*. 49: 246-249.

Maunder, R.G., Hunter, J.J. (2001): Attachment and psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 63: 556-567.

Mayer, E. A. (2000): Spinal and supraspinal modulation of visceral sensation. *Gut*, Supplement IV, 69-72.

McDougall, J. (1989): *Theaters of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. NYC, Norton.

Meltzer, D. (1984): *Dream life: A re-examination of the psychoanalytic theory and technique*. London: Karnac Books.

Melzack, R., Wall, P.D. (1965): Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150:971-979.

Merényi M. (2019): A testtudat lehetőségei az analitikus pszichoterápiában. *Lélekelemzés*, 14(2): 232-247.

- Merleau-Ponty, M. (2006). *A látható és láthatatlan*. Budapest: L'Harmattan.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2012): An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11: 11-15.
- Mitchell, J. (1999): Trauma, felismerés és a nyelv helye. *Thalassa*, 10(2-3): 61-82.
- Mitchell, S. A. (2000): *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Montebaroccia, O., Codispotib, M., Baldaroa, B. & Ross, N. (2004): Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36: 499–507.
- Mayer, E. A. (2000): Spinal and supraspinal modulation of visceral sensation. *Gut*, Supplement IV, 69-72.
- Nagy, L. (2005): A felnőtt kötődés mérésének új lehetősége: a Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőív. *Pszichológia*, 25(3): 223-245.
- Nemiah, J. C., Sifneos, P. E. (1970): Psychosomatic illness: A problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18: 154–160.
- Nemiah, J. C., Freyberger, H., Sifneos, P. E. (1976): Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In Hill, O. W. (Ed.): *Modern trends in psychosomatic medicine* (Vol. 3, 430-439). London: Butterworths.
- Ogden, T. H. (1994): The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *The International Journal of Psychoanalysis*, 75(1), 3–19.
- Ogden, T. H. (2010): On three forms of thinking: Magical thinking, dream thinking, and transformative thinking. *The Psychoanalytic Quarterly*, 79(2): 317-347.
- Paquette, D. (2004): Theorizing the father-child relationship. *Human Development*, 47(4): 193-219.
- Parker, G., Tupling, H., Brown, L. B. (1979) A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Pénzes I. (2014): A tragédia a potenciális térben – a pszichodráma lehetőségei a traumatikus veszteség pszichoterápiájában. *Pszichoterápia*, 23(3): 148-157.

Pénzes I. (2014): Ami a hasban történik és elmondhatatlan – álmom és szomatizáció összefonódása. *Lélekelemzés*, 9(2): 289-306.

Pénzes I. (2017): A test történetei – önkifejezés és alkalmazkodás a szomatizációban. *Pszichoterápia*, 26(1): 4-13.

Pénzes I. (2019): Játék a testtel – a sérült testi identitás megjelenése a pszichoterápiás térben. *Imágó*, 8(1): 81-92.

Pénzes I. (2020): Ferenczi's Clinical Diary as a postmodern novel: Searching for the artistic movements in psychoanalytic process. *Philosophy Study*, 10(2): 150-158.

Pénzes I., Bánki A. & Túry F. (2014): „A test színháza” – az irritábilis bél szindróma kezelésének lehetőségei a pszichodramában. *Psychiatria Hungarica*, 29(3): 273-294.

Pénzes I., Czeglédi E., Szalai T. D., Csala I. és Túry F. (2016): Adult attachment and parental bonding in irritable bowel syndrome and in panic disorder – Implications for psychotherapy. *Clinical Neuroscience (Ideggógyászati Szemle)*, 69(9-10): 327-334. IF: 0,376

Pénzes I., Szalai T. D. & Kolosváry E. (2020): Attachment and psychosomatics: The role of intersubjectivity in the psychotherapy of children suffering from psychosomatic disorders. *J Inf Child Adol Psychoter* (in press)

Pietromonaco, P.R., Uchino, B. & Dunkel Schetter, C. (2013). Close relationship processes and health: Implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychology*, 32(5), 499-513.

Pimental, M., Lembo, A., Chey, W. D., Zakko, S., Ringel, Y., Yu, J., Mareya, S. M., Shaw, A. L., Bortey, E. és Forbes, W. P. (2011): Therapy for patients with irritable bowel syndrome without constipation, *N Engl J Med*, 364: 22-32.

Poynard, T., Naveau, S., Mory, B. & Chaput, J. C. (1994): Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*, 8: 499-510.

Rank, O. (1927). Psychoanalytic problems. *Psychoanalytic Review*, 14(1): 1-19.

Riedl, A., Schmidtmann, M., Stengel, A., Goebel, M., Wisser, A. S. & Klapp, B. F. (2008): Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis. *J Psychosom Res*, 64: 573–582.

Sandler, J. (1976): Countertransference and role-responsiveness. *The International Review of Psychoanalysis*, 3: 43-47.

Sarkady, K., Frenkl, S. (2009): Hogyan folytatódik Freud szabadasszociációs módszere? In: Perczel E., Szőnyi G. (szerk.): „Kezdetben volt a találkozás...”. Budapest, Mental Port.

Schur, M. (1955): Comments on the metapsychology of somatization. *Psychoanalytic Study of the Child*, 10:119-164.

Segal, H. (1997): *Bevezetés Melanie Klein munkásságába*. Budapest, Animula.

Selye, H. (1946): The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J Clin Endocrinol Metab*, 6: 117–230.

Seres G., Bárdos Gy. (2006): Pszichológiai tényezők irritábilis bél szindrómában: a megküzdés és a kötődés vizsgálata, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61(3): 373-397.

Seres G., Zsádon A., Túry F., Pászthy B. (2007): A rendszeresen visszatérő gyermekkori hasfájás pszichoszociális háttere, *Gyermekgyógyászat*, 58(3): 221-226.

Seres G., Kovács Z., Kovács A., Kerékgyártó O., Sárdi K., Demeter P., Mészáros E., Túry F. (2008): Different associations of health related quality of life with pain, psychological distress and coping strategies in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disorder, *J Clin Psychol Med Settings*, 15(3), 287-295.

Shear, M. K. Cooper, A. M., Klerman, G. L., Busch, F. N., Shapiro, T. (1993). A psychodynamic model of panic disorder, *Am J Psy*, 150: 859–866.

Sroufe, L.A., Carlson E.A., Levy, A.K., Egeland, B. (1999): Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11: 1-13.

Stern, D. N. (1985/2002): *A csecsemő személyközi világa*. Budapest, Animula.

Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K. & Morgan, A.C. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The „something more” than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79(5), 903–921.

Stolorow, R. D. (1995): An intersubjective view of self psychology. *Psychoanalytic Dialogues*, 5: 393-399.

Stolorow, R. D. (2013): Intersubjective-systems theory: A phenomenological-contextualist psychoanalytic perspective. *Psychoanalytic Dialogues*, 23: 383-389.

Strodl, E. and Noller, P. (2003): The relationship of adult attachment dimensions to depression and agoraphobia. *Personal Relationships*, 10 (2): 171-185.

Stuart, S., Noyes, R. (1999): Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40(1): 34-43.

Target, M., Fonagy, P. (2002): Fathers in modern psychoanalysis and in society. In J. Trowell & A. Etchegoyen (Eds.): *The importance of fathers*. New York: Brunner-Routledge, 45-66.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A (1991): The alexithymia construct – A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32:153-164.

Taylor, G. J. (2010): Symbolism, symbolization, and trauma in psychosomatic theory. In: Aisenstein, M, Aisemberg, E. R. (szerk.): *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective*. London, Karnac Books, 181–199.

Teszáry J. (2017): Psychodrama with psychosomatic patients. *International Journal of Psychotherapy: Psychodrama*, 21(2): 79-89.

Tiringer I., Osváth P., Ozsváth K., Tényi T., Fekete S. (2021): Szomatiform(szomatikus tünet) zavarok, In: Németh, A; Füredi, J; Lazáry, J; Somlai, Zs (szerk.) *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 324-336.

Tölgyes, T. (2000): Viselkedés és kognitív terápiák, In.: Szőnyi G., Füredi J. (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest, Medicina, 306-329.

Trikas, P., Vlachonikolis, I., Fragkiadakis, N., Vasilakis, S., Manousos, O., Paritsis, N. (1999): Core mental state in irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 61(6): 781-788.

Trimble, K. C., Farouk, R., Pryde, A., Douglas, S. és Heading, R. C. (1995): Heightened visceral sensation in functional gastrointestinal disease is not site-specific. Evidence for a generalized disorder of gut sensitivity. *Dig Dis Sci* 40: 1607–1613.

Túry F., Újszászy L. (2000): Pszichológiai vonatkozások, pszichoterápiás lehetőségek irritábilis bél szindrómában. *Lege Artis Medicinae* 10(4): 336-343.

Uher, T. (2010). Alexithymia and immune dysregulation: A critical review. *Activitas Nervosa Superior*, 52(1): 40-44.

Újszászy L., Túry F. (2000): Az irritábilis bél szindróma diagnózisa és komplex kezelése. *LAM*, 10 (4): 327-331.

Verdu, E. F., Bercik, P., Verma-Gandhu, M., Huang, X. X., Blennerhasset, P. & Jackson, W. (2006): Specific probiotic therapy attenuates antibiotic induced visceral hypersensitivity in mice. *Gut* 55: 182–190.

Verhaeghe, P., Vanheule, S. (2005): Actual neurosis and PTSD. The impact of the Other. *Psychoanalytic Psychology*, 22:493–507.

Verhaeghe, P., Vanheule, S., De Rick, A. (2007): Actual neurosis as the underlying psychic structure of panic disorder, somatization and somatoform disorder: an integration of freudian and attachment perspectives. *Psychoanalytic Quarterly*, 76:1317-1350.

Vermes K. (2006): *A test éthosza*. Budapest, L'Harmattan.

Vikár A. (2007): *Pszichodráma – a komoly játék*. Budapest, Medicina.

Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., Ahern, D. K. (2006): Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosom Med*. 68(1):129-135.

Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R. (2008): *Változás*. Budapest, Animula.

Webster, J., Goetzmann, L, Siegel, A. & Ruettnner, B. (2020): On the axis of psychosomatic totality. *European Journal of Psychoanalysis*, Number 13 published online, <http://www.journal-psychoanalysis.eu/category/ejp/number-13-2020-1/> on-the-axis-of-psychosomatic-totality/

Whorwell, P.J., Altringer, L., Morel, J., Bond, Y., Charbonneau, D., O'Mahony, L. (2006): Efficacy of an encapsulated probiotic *Bifidobacterium infantis* 35624 in women with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*, 101: 1581–1590.

Winnicott, D. W. (1949/1982). Mind and its relation to the psychesoma. In: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Collected Papers, 243-254. London: Hogarth.

Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena – A study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34: 89-97.

Winnicott, D. W. (1956/1975): Primary maternal preoccupation. In: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*.. 300-305, London: Hogarth.

Winnicott, D.W. (1971/1999): *Játszás és valóság*. Budapest, Animula.

Winnicott, D. W. (2004): *A kapcsolatban bontakozó lélek* (szerk. Péley B.). Bevezető. Budapest, ÚMK, 38-42.

Winnicott, D. W. (2004): Gondoskodás a gyermekről egészségben és válságban. In uó: *A kapcsolatban bontakozó lélek* (szerk. Péley B.). Budapest, ÚMK, 126-132.

Wise, T.N., Baez-Sierra, D. & Pradhan, A.P. (2011). Perspectives in psychosomatic medicine: An organizing strategy. *Clinical Neuropsychiatry*, 8(4), 268-274.

Wittgenstein, L. (1919/1989): *Logikai-filozófiai értekezés*. Budapest, Akadémiai Kiadó.

Yalom, I. D. (2001): *A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata* – Sorozat a csoportról 4. Budapest, Animula.

Zseni A. (2009): Pszichodráma a másságban, másság a pszichodramában. Pszichodráma a klinikumban. In: Perczel E., Szőnyi G. (szerk.): „*Kezdetben volt a találkozás...*”. Budapest, Mental Port, 181-206.