

BÁLINT ÉS A PSZICHOSZOMATIKA

Tárgykapcsolati elvek a testi tünetek kezelésében

Csabai Márta

Bálint Mihály a pszichoanalízis és a modern orvosi gyakorlat kiemelkedő képviselői közül egyike volt azoknak, akik integrációra törekedtek a pszichoanalízis és az általános orvoslás, a test és a lélek, továbbá az elmélet és gyakorlat terén. Bár ő érte el az egyik legnagyobb ismertséget, világhírt a korai pszichoanalitikusok közül, a bálinti művel kapcsolatos tudás nem áll össze egységes képpé a recepciókban, és nem is egységes ismereteken alapul. Ennek egyik lehetséges oka, hogy az életműben megjelenő, paradigmaticus jelentőségű összefüggések kibontása, explicitté tétele nem mindig történt meg sem maga Bálint, sem a gondolatait értelmező és alkalmazó szakemberek, az utókor által. Jellemző példája ennek a hasításnak, hogy a pszichoterapeuták, akik otthonosan mozognak a bálinti pszichoanalitikus fogalmak világában, kevésbé – vagy egyáltalán nem – tudják azokat alkalmazni (pszicho)szomatikus esetekre. Másfelől pedig, akik a Bálint-csoportok gyakorlata, a mindennapi pszichoszomatika és az orvosi gyakorlat felől ismerik munkásságát, kevésbé tájékozottak annak pszichoanalitikus magyarázó elveivel kapcsolatban.

Bálint három fő vizsgálódási területe a tárgykapcsolatok, az érzelmek és szexualitás, továbbá a terápiás technika volt – ez utóbbihoz értve a pszichoanalízist és az orvos-beteg kapcsolatot. Jellemző volt munkamódjára, hogy koncepcióit éveken-évtizedeken keresztül formálta, de nem feltétlenül rendezte őket átfogó elméletekbe. Az életével és művével foglalkozó kutatók szerint nem zavarta, ha teóriái kidolgozatlanul maradtak (Stewart 1996). Talán ez lehet az egyik oka annak, hogy bár több területen is kiemelkedő gondolatokat – például a tárgykapcsolati irányzat alapfogalmait – és a gyógyítás úttörő, új lehetőségeit fogalmazta meg, az egymástól függetlenül kifejtett koncepciók összefüggéseit, egységességét máig sem ismerte fel teljes mértékben a szakmai közvélemény.

Ennek egyik példája, hogy bár manapság igen divatos témaként jelentek meg a terápiás szakirodalomban a gyógyító kapcsolat kölcsönös mozzanatai, az interszubbektivitás vizsgálata, a nemzetközi szakirodalomban gyakran figyel-

men kívül hagyják, hogy Bálint volt az egyik első pszichoanalitikus, aki a vizontáttételről írt (Bálint 1933; Bálint és Bálint 1939; lásd még: Haynal 1996). Nem kapott elég figyelmet az sem, hogy a gyógyító kapcsolat terén az utóbbi években megjelenő fenomenológiai, élményközpontú irányzatok előképe is fellelhető a bálinti életműben. Érdemes megemlíteni, hogy Bálint 1949-es, „A terápiás célok és technikák alakulása a pszichoanalízisben” című tanulmányában kiemelte, hogy a nyelv és a viselkedés adekvát alkalmazása mellett a terapeutának megfelelő *atmoszférát* is ki kell alakítania, hogy a betegek kifejezhessék magukat. Az „atmoszféra” fogalmát középpontba állító, a gyógyításban az élmény-aspektust hangsúlyozó mai kutatók a koncepció eredetét illetően csak a két világháború közötti egzisztencialista filozófusokat említik (Langewitz 2007), Bálint ezzel kapcsolatos munkája itt is a háttérben marad.

Bálint egyik fő törekvése volt, hogy a pszichoterápiás elveket az általános orvosi gyakorlat részévé tegye. Ezt tükrözi egész munkássága, a korai tanulmányoktól kezdve (Bálint 1926), a Bálint-csoportok tapasztalatait bemutató, világhírt hozó művén át (Bálint 1957), a már posztumusz műként megjelent egyik utolsó írásáig (Bálint 1971). Ennek ellenére az alapvető bálinti fogalmak – például a talán legjobban kidolgozott „jóindulatú és rosszindulatú regresszió” koncepció (Bálint 1963) – nem kerültek be a mindennapi orvosi kommunikáció eszköztárába, inkább csak a speciálisan Bálinttal foglalkozó szakemberek munkáiban szerepelnek (lásd például Harmathy–Lajtai 2001). A Bálindra jellemző integratív szemlélet sajnos abból a szempontból sem jelent meg sem magában az életműben, sem a későbbi recepciókban, hogy a pszichoanalitikus és orvos-beteg kapcsolati elvek a pszichoszomatikus tünetképzést és terápiát magyarázó önálló elméletekben öltöttek volna testet. (Bár a kapcsolatot nevükben is egyértelművé teszik a Bálint örökségét továbbvivő intézmények, így például a Magyarországi Bálint Mihály Pszichoszomatikus Társaság).

Az orvos, a betegek és a betegség című művében Bálint (1957) megalkotta a korszerű, kapcsolati elven alapuló pszichoanalitikus pszichoszomatika gyakorlati alapvetését, de sem itt, sem másutt nem integrálta azt explicit módon az elméleti (tárgykapcsolati) háttérrel, holott a szükséges fogalmak és koncepciók rendelkezésre álltak egyéb munkáiban. A mai kutatókra és gyógyító szakemberekre hárul tehát a feladat, hogy Bálint Mihály műveinek folyamatos újraolvasásával az elmélet építőköveit elhelyezzék a pszichoszomatikus jelenségek puzzle-jében, és az újabb, Bálint által inspirált elméletekkel kiegészítve létrehozzanak egyfajta szintézist.

Pszichoszomatikus mechanizmusok értelmezése bálinti keretben

A mai felfogás szerint minden betegséget biopszichoszociális természetűnek, tehát komplex biológiai-pszichológiai-szociális háttérűnek tartunk, nem különítünk el önálló „pszichoszomatikus” betegségeket. Ez azonban csak az utóbbi néhány évtized szemléletére igaz, mely a klinikai gyakorlatban nem is mindig érvényesül maradéktalanul. A pszichoterápiás praxisban néha még ma is tartja magát az a nézet, hogy a szomatikus tünetekkel jelentkező betegek nem analizálhatók, bár a legtöbb szakember azt gondolja, hogy nem zárhatók ki az analizálandók köréből, és egyéni döntéseket kell hozni minden egyes páciens terápiás tervének kidolgozásakor.

Jól mutatja a bio-pszicho-szociális gondolkodás alkalmazásának és kommunikációjának nehézségeit, hogy a „pszichés” és „szomatikus” fogalmak elkülönült használata sajnos többször megjelenik a jelen tanulmányban is, melynek oka nem szemléletbeli elhajlás, hanem a nyelvi és gondolkodási sémáinkat frusztráló módon meghatározó kartéziánus örökség és a szakirodalomban megjelenő fogalomhasználat kikerülhetetlen következménye.

A pszichodinamikus szemléletű pszichoszomatika történetében két korszakot különítünk el. Az első a két világháború között intézményesült megközelítéshez kapcsolódik, melynek legfőbb magyarázó elve a klasszikus freudi konfliktus-modellt kiindulópontjának tekintő lineáris oksági szemlélet volt. Ennek megfelelően elkülönítettek körülírt „pszichoszomatikus” kórképeket – ilyen volt például az asztma, a magas vérnyomás, a gyomorfekély –, melyek háttérben tudattalan konfliktusokat, traumákat feltételeztek. Ez a megközelítés igen népszerű volt néhány évtizedig, majd teljesen háttérbe szorult, és a biológiai, kognitív irányzatok vették át a helyét. A pszichodinamikus / pszichoanalitikus magyarázatok azonban bűvópatakként továbbra is jelen voltak, majd az 1980-as évek végétől új szempontú, az interdiszciplináris tudományos környezetet és a pszichoanalízis fejlődését egyaránt figyelembe vevő, komplex, nemlineáris elméletek jelentek meg. (A koncepciók változásainak részletes bemutatását lásd: Csabai 2007.)

A testi tünetképzéssel kapcsolatos újabb pszichoanalitikus elméletek általában a tárgykapcsolatok, illetve a regresszió mechanizmusait tekintik kiindulópontjuknak (lásd például McDougall 1989; Bucci 1997). Mindkettő olyan téma, amely kiemelt szerepet kapott Bálint munkásságában, ha a pszichoszomatika témájára közvetlenül nem is alkalmazta ezeket, csupán a

Bálint-csoportokban elemzett esetek tanulságai szintjén. Az alábbiakban azt szeretném bemutatni, hogy az alapvető bálinti fogalmak miként nyertek alkalmazást – vagy miként lehetne alkalmazni őket – a testi tünetek magyarázatában.

A tárgykapcsolati teoretikusok – Bálint, Winnicott, Bion – koncepcióiban kiemelt helyen szerepel, hogy a pszichikus reprezentációk megszilárdulásához megfelelő távolságra van szükség a tárgy és a szelf között. Bálintnál ez sajátos értelmezést kap az oknofília és a filobatizmus fogalmaiban, mely szerint az „oknofil” személy a tárgyat biztonságosnak és barátságosnak látja, de a köztük lévő teret veszélyesnek, így jobban szeret megkapaszkodni (Bálint 1959). A „filobata” szerint viszont a tárgy veszélyes, de a tér biztonságos, így attól nem is fél. Ezen típusok kialakulásában szerepet játszhat, ha a korai fejlődésben a tárgy túl sokáig távol van, vagy éppen túlságosan közel – túlzottan intenzív, sőt intruzív, azaz tolakodó, erőszakosan behatoló. Winnicott (1953) szerint a reprezentációk biztonságos megszilárdulásának egyik fontos tárgykapcsolati feltétele, hogy az egyén mások társaságában is tudjon egyedül lenni, azaz érzékeli saját határait, és képes legyen az ön-reflexióra. A tolakodó, intruzív tárgyakat ki akarja zárni a személy, ami – egyéb elhárítási lehetőségek híján – a szomatikus kizárás mechanizmusával megy végbe (Green 1997). Ez a kizárás az átmeneti tér létrehozását célozza, még ha patológiás módon is. A lelki egyensúly fenntartása érdekében fenn kell tartani a megfelelő távolságot a tárgytól, ami a „negatív kommunikáció”, azaz a kommunikáció visszatartása révén valósul meg (Küchenhoff 1998). Hogy az én védve legyen a dezintegrációtól, a konfliktus nem pszichés szinten dolgozódik fel, hanem a testre vetül. Miután a lelki konfliktus testi szintre helyeződik át, az érzelmek és a viselkedés szintjén egyfajta pszeudonormalitás – „normopátia” – jelenik meg (McDougall, 1989). Ez lehet a kiindulópontja a (pszicho)szomatikus tünetképzésnek, bár a konfliktus lelki szférából való kizárása természetesen metaforikus, nem írja le közvetlenül a mechanizmust.

A tárgykapcsolati kutatók azt tartják, hogy a konfliktus jellege is más a klasszikus terminológia szerint neurotikusnak nevezett páciensek és a pszichoszomatikus vagy borderline (határeseti) betegek esetén. Míg az előbbiek az ödipális konfliktustól és a tárgy birtoklásának vágya miatti kasztrációtól szoronganak, az utóbbiak a szeparációtól és a teljes tárgyvesztéstől. Sem közel, sem távol nem tudnak lenni a tárgytól. A szeparációval és intrúzióval (elhagyással és tolakodással, bekebelezéssel) kapcsolatos szorongások természetesen megjelennek a terápiás térben is. Különösen jellemző ez a testi

tünetekkel rendelkező betegek esetében, akiknél a terapeutának vigyáznia kell, hogy ne akarja túl korai értelmezésekkel „betölteni” a páciens által átélt ürességet, mert azt a beteg intrúzióként, a terapeuta általi toladó behatolásként élheti meg. Küchenhoff (1998) leírja, hogy az organikus háttérrel nem magyarázható testi tüneteket produkáló „pszichoszomatikus” betegek – például colitis ulcerosában, azaz fekélyes vastagbélgyulladásban szenvedő páciensek – terápiájában gyakran találták a testhatárok elvesztésétől való félelmet, mely azonos lehet az intrúziótól való szorongással.

A testi tünetektől szenvedő betegeknél tehát az alapkonfliktus az intrúzió és az izoláció között feszül: ha a személy nem akarja túl közel engedni magához a tárgyat, azt kockáztathatja, hogy magára marad. A határok fenntartását többféle módon kísérheti meg. Az első „megoldás”, maga a szomatikus tünetképzés (így például a hasmenés értelmezhető a behatoló tárgytól való „megszabadulás”, a bronchiális görcs pedig a veszélyeztetett belső tér „megvédése” kísérleteként). Hasonlóképp a határok fenntartására irányulhat a gyógyszerek (például nyugtatók) felírása. Ezeket nem feltétlenül szedi a beteg, de a cél az, hogy „kéznél legyenek”, azaz kiegészítő, átmeneti tárgyként működjenek a számára. A testi tünetekkel rendelkező betegeknél például kórházban megfigyelhető agresszív megnyilvánulások – melyeket a kezelőszemélyzet gyakran az ellene irányuló támadásként értelmez – szintén az intrúzió elleni védekezést és a testhatárok fenntartását szolgálhatják.

Ugyanezeket a válaszmintázatokat – szomatikus tünetképzés, különböző szerek szedése, (ön)destruktív viselkedés – szintén az én integritását célzó kísérletekként értelmezte később Joyce McDougall (1989), aki azonban nem elsősorban a tárgykapcsolatok, hanem a regresszió és az ahhoz kapcsolódó re-szomatizáció mechanizmusa által magyarázta ezeket (lásd Csabai 2007).

A fenti hipotézisek igazolásául szolgálhatnak azok a saját klinikai munkánk során is megismert beszámolók, melyek szerint a páciens szomatikus tüneteinek rendeződése nemegyszer az énfunkciók zavarát hozza magával. Ez azonban a fejlődés, a változás előjelének számít, melyre a további terápiás munka építhető. A terapeutának – de a jól képzett, pszichoterápiás szemléletű gyakorló orvosnak is – szem előtt kell tartani azt a bálinti elvet, hogy a (pszichoszomatikus) tünet egy (pszichoszomatikus) kapcsolatot is jelent (Bálint 1957). Ezt kiegészíthetjük azzal, hogy a tünet a reményt is kifejezi azzal kapcsolatban, hogy az elsődleges folyamatok, a psziché és a szóma közötti harmónia helyreáll.

A pszichoanalitikus szerzők abban látják a testi tünetképzés egyik fő jellegzetességét, hogy míg a neurotikus zavaroknál megtartott a szomatikus tünet és a pszichés konfliktus közötti kapcsolat, a pszichoszomatikus tünetek esetén hasítás jön létre ezek között (Manolopoulos 2006). Ennek hátterében az áll, hogy mivel a korai tárgyvesztés miatt a vágyak szomatikus forrásukhoz kapcsolva maradnak, a páciens nem tudja azokat követni, így nem találja az utat a belső tapasztalataihoz. Az én szintjén megjelenő hasítás a pszichikus szférán belül tartja a tartalmakat, de nem teszi hozzáférhetővé őket (Winnicott 1953). A viselkedés szintjén azzal találkozunk, hogy a beteg vagy csak testi tüneteiről, vagy élethelyzeti problémáiról panaszkodik – ezeket külön kezelve, és nehezen mobilizálható érzelmi tartalmakkal. A mögöttes pszichodinamikus cél az, hogy a páciens fenntartsa belső szervezetségét és ezáltal elkerülje a konfúziót (Manolopoulos, i.m.). Ennek következtében viszont nem éli meg tapasztalatai folyamatosságát – ezért nem tudja például összekapcsolni a tüneteket saját érzéseivel, viselkedésével.

A pszichoanalitikus pszichoszomatika párizsi iskolája is ezzel, a pszichés és szomatikus reakciók közötti diszkontinuitással magyarázta a betegek érzelmi kifejezés- és kommunikációképtelenségét a *pensée opératoire* (a későbbi alexitímia) elméletben (Marty és de M'Uzan 1963; lásd Csabai 2007). Ezt a teóriát még alapvetően a hagyományos értelemben vett pszichoszomatikus betegségekkel kapcsolatban fogalmazták meg a szerzők, de az ennek továbbfejlesztéseként létrejött, „patológiás dezorganizáció” (Marty 1976) elmélet már nem csak a „klasszikus” pszichoszomatikus betegségekre, hanem a teljes szomatikus patológiára vonatkozik. Ennek lényege, hogy a szomatikus tünetképzés egyik lehetséges okát a „psziché” és a „szóma” elkülönése előtti fejlődési stádium zavarában vélik felfedezni.

A klinikai gyakorlatban különösen gyakran találkozunk – főként az igen súlyos fizikai tünetekkel rendelkező betegeknél – patológiás, feldolgozatlan gyásszal és az azzal párhuzamosan megjelenő hasítással a testi és lelki szenvedés között. Itt a hasítás funkciója az elveszett tárgy helyettesítése, ami a veszteség egyidejű tudattalan tagadásával, a gyász-munka lezáratlanságával jár. Ez a hasítás nem teszi lehetővé, hogy a tapasztalatok folyamatosak legyenek, hogy az idő tovább haladhasson. Ily módon az elsődleges tapasztalatok és érzések folyamatosan elidegenednek.

A terápiában meg kell teremteni a feltételeket az „újrakezdéshez” (Bálint 1932), az énfunkciók helyreállításához. Ez másképp nem lehetséges, csak egy alapvető áttételi kapcsolat létrehozásával. A pszichoszomatikus páciens-

nél ugyanis nem az elfojtást kell kiiktatni az emlékezéshez – mint a hagyományos pszichoterápiákban –, hanem az átmeneti térben kell áthidalni az ellentmondó attitűdöket. Igen hangsúlyos tehát, hogy az itt és most-ban megjelenő közös élményekkel tudjon dolgozni szakember, létrehozva azt az elsődleges állapotot, ahol a szimbolizáció alapja az anyai tükrözés, az odafordulás-eltávolodás, a ritmikus ismétlődések (például a szívritmus, a napok ritmusa, az éhség-jóllakottság váltakozása). Bálint és az őt követő tárgykapcsolati teoretikusok hangsúlyozzák, hogy a gyerek ezen elsődleges tapasztalataiból tanulja a vágyat és a kielégülést. Ha a gondoskodás nem megfelelő – hiányos, szeszélyes, túlságosan féltő –, a biopszichoszociális szükségletek és a tapasztalatok inkongruenssé válnak. Ez a kiindulópontja az „őstörésnek” (Bálint 1968), de az oknofília és filobatizmus jelenségének is. Az „új kezdet” azonban nem lineáris módon, egy feltáró terápia segítségével hozható létre, hanem ezen ciklikusság biztosításával.

Testi tünetektől szenvedő, érzéseiket nehezen kommunikáló betegeknél – így például kapcsolati és kommunikációs szempontból is „nehéz” kórházi betegeknél – a szakember feladata tehát nem a tünetek „mögöttes” okának a lineáris feltárása, hanem egy *elsődleges tapasztalati tér* kialakítása. Ennek alapvető technikája a biztonság kialakítása a beteg számára pontosan érzékelhető ritmikusság (például a kórházi történések kiszámíthatósága, az ezzel kapcsolatos informáltság), odafordulás és tükrözés által. A cél, hogy a tapasztalatok átélhetőek legyenek, azaz érzések és gondolatok kapcsolódjanak a történésekhez – ezek ne üres, időből kiszakított, énidegen szcenáriók legyenek. A következő lépésben, amikor az érzések verbalizálhatóvá válnak, megjelenhetnek a trauma lehasított elemei is. A reprezentációk és érzések, továbbá a lehasított tartalmak így felcserélhetővé válnak. A legtöbb esetben ez hosszabb terápiás munka során lehetséges, de nem kizárt, hogy az áttételi kapcsolat feszültsége által mobilizálódó belátásokat létrehozó bálinti „villanás” (flash) technika segítségével rövid idő alatt is elérhető ez az eredmény (Bálint és Norell 1973).

A technika lényege, hogy a terapeutának nincs elméleti alapfeltevése, a betegre való odafigyelés áll a középpontban, és nem akarja áttörni a páciens ellenállásait. A „villanás” nem más, mint egy spontán érzelmi kontaktus létrejötte a gyógyító szakember és a beteg között, ahol lehetővé válik, hogy a páciens ráérezzen, hogy a tárgykapcsolatai és a betegsége (érzelmi állapota és testi tünetei) között összefüggés van. Azzal, hogy a terapeuta ezt visszajelzi – nem értelmezve – a beteg számára, mintegy „felébreszti” benne azt az érzést, hogy interakciók hálójában él, továbbá az igényt, hogy a szakember

megértse őt. Ha létrejön közöttük ezáltal az egység érzése, a szakember elmagyarázhatja, hogy a beteg szorongásai, gátlásai miként járulnak hozzá a kapcsolatok zavarához. Amint azt a későbbiekben részletesen bemutatom, a terapeutával létrejött érzelmi tapasztalatot a beteg át tudja vinni környezetébe és a gyógyító team más tagjaira is.

Terapeuta és páciens közös élménymegélése a betegség során

Minden gyógyító szakember egyetért abban, hogy egy betegség javulásának alapvető feltétele a beteg gyógyulni akarása. Bálint Mihály az „orvosgyógyász” koncepcióban felhívta a figyelmet arra, hogy a terápia sikerességét és határait nem csak a páciens, hanem a terapeuta személyisége is meghatározza (Bálint 1957). A korrelációs pszichoszomatika, a bio-pszicho-szociális modell kidolgozója, az eredetileg pszichoanalitikus George Engel írta le, számos megfigyeléssel alátámasztva, hogy a beteg tárgykapcsolataiban beállt változások nem csupán a betegség megjelenését, hanem a gyógyulást is befolyásolhatják (Engel 1975).

A betegség az egyén számára ego-disztóniás, énidegen jelenség, így nem csoda, hogy a legtöbb ember úgy fogadja – különösen ha súlyosabb kórképről van szó –, hogy „nem gondoltam volna, hogy velem is megtörténhet”. A tárgykapcsolati kutatók szerint az, hogy hogy viszonyulunk a fizikai betegséghez, és miként küzdünk meg életünk utolsó szakaszával, sok esetben az első két életév történéseinek a következménye (Bronheim 1996). A fizikai betegség idején az emberek gyakran regresszív módon viselkednek, hiszen gyerekkorukban voltak testi funkcióik szintjén másoknak kiszolgáltatva. A regresszióba került páciens sokszor szomatikus úton fejezi ki érzelmeit, melyek például a „minden fáj” közlésbe sűrűsödnek. A beteget kezelő orvos vagy pszichológus frusztrációként élheti meg a páciens verbális hozzáférhetetlenségét, kommunikációképtelenségét. Ez az egyik oka annak is, hogy a pszichoterapeuták nem szívesen foglalkoznak a pszichoszomatikus betegekkel – a pszichoanalitikusok közül sokan „kezelhetetlennek” tekintik őket –, és mindennapi szomatikus gyógyításban is a legtöbb esetben pszichológiai ellátás nélkül maradnak.

A pszichoterápia elutasítása a betegek részéről is megjelenik. Ez akár egy megkezdett terápia folyamatában is észlelhető, melynek oka lehet a fentiekben bemutatott hasítás jelensége, az érzelmek közlésének nehézsége

– esetenként képtelensége. További okként szerepelhet a betegség ego-disztoniás jellege, amely még inkább felerősödik attól a frusztrációtól, hogy a beteg a pszichoterápiában harmóniára, egészlegességre vágyik, ám ehelyett saját dezintegrációjával találkozik. Ezért nagyon lényeges, hogy a terapeuta ne az okokat lineárisan feltáró munkát kezdjen, hanem a fentiekben már bemutatott elsődleges tapasztalati tér létrehozását biztosítsa a terápiás kapcsolat és az áttétel révén. Ha ez nem jön létre, a páciens egészlegesség iránti tudattalan vágya omnipotens, „autisztikus” igényné válik (Redfearn 2000). A frusztráció dühödt destruktivitást vált ki, ami vagy kifelé, vagy befelé irányul. Tudnunk kell, hogy a jelenség nem csupán pszichoterápiás, hanem például kórházi, szomatikus osztályos közegben is felléphet. A betegtársak, a gyógyító személyzet és a hozzátartozók a regresszív állapotban lévő páciens részeivé válnak a szelftárgy struktúrájának. Ezek a tárgyak akkor gyógyítanak – akkor teljesítik a jóindulatú regresszió szerinti funkciójukat –, ha hozzájárulnak a szelf egészlegességéhez.

A betegek saját intaktságuk érdekében gyakran externalizálják a dühüket, akár tartósan is. A tudattalan fantázia színjén ez a gyógyító szakembernél saját egészlegesség-igényét (és akár testi egészségét) veszélyeztető tényezőként jelenik meg. A terapeutát emocionálisan és szomatikusan is érinti tehát a páciens destruktív indulata, vagy regresszív kapaszkodása.

A pszichoszomatikus fiziológia nyelvén szólva a diádikus kapcsolatot felfoghatjuk úgy, mint két pszichoszomatikus regulációs rendszer kapcsolatát. A két rendszernek önálló szabályozással is kell rendelkeznie – tehát a korai duálunió túl kell lépni. Stephanos (1973) leírta az ún. „pszichoszomatikus jelenséget”, mely szerint trauma vagy stressz hatására visszavonulás, az energiák „takarékon” való működtetése jellemzi. Ez a befelé fordulást, a kapcsolatok beszűkítését is eredményezheti, és az ennek következtében létrejövő regresszió a korai kötődési, szomatikus mintázatok megjelenését aktiválja. Súlyos regresszióban a beteg visszakerülhet a koragyerekkori duálunió vágyának állapotába, és tudattalanul – test- és énhatárait a fantáziában feladva – azt kívánja, hogy a gyógyító szakember működjön aktív regulátorként, akár testi szinten is. Ezért a szomatikus betegek pszichológiai kezelésének mindig helyet kell kapnia a testképpel való foglalkozásnak is.

A megfelelően „karbantartott” testkép mindig adaptív a páciens gyógyulása szempontjából. Erre különösen azért kell figyelni, mert ha a beteg nem tudja elfogadni a betegség által létrehozott új testképet – általánosságban a gyengeség, sérülékenység érzését, speciális esetben akár bizarr,

szorongáskeltő fantáziákat –, regresszióban marad, tehetetlen és dühös lesz. A viselkedés szintjén ezt az jelezheti, hogy visszavonul az önsajnálataba és nem kooperál. További tünet a regresszió hatására létrejövő hasítás is, mely által idealizálja a „jókat” (például a rá figyelő pszichológust) és elutasítja a „rosszakat” (például a kevesebbet kommunikáló orvost). A szakembernek ezt tudatosítania kell magában, illetve terápiás hatássá kell transzformálni az áttételi jelenséget. Segítenie kell, hogy a beteg meggyászolhassa a veszteséget (akár a konkrét testi, akár szimbolikus szinten), és hogy meg tudjon bocsátani magának, amiért „gyenge”, „legyőzhető”, „nem az, aki volt”.

A testi tünetek pszichológiai kezelése sokszor azért nem működik, mert a páciens nem tud túllépni a fentiekben leírt regresszióra, és ebben az áttételi nehézségektől – például a korai regresszióban lévő páciens által kiváltott belső üresség érzéstől – megriadó szakember sem tudja segíteni. Holott tudnia kell, hogy a betegnek szüksége van a kapcsolati krízisre a terapeutával. Át kell élnie a frusztrációt, hogy a szakember nem csak vele foglalkozik, nem tudja azonnal megszabadítani a szenvedéstől, nem omnipotens. A fantázia, hogy a terapeuta elhagyja, sokszor szomatikus rosszabbodással jár, másfelől viszont ráébreszti a páciens, hogy mégis szüksége van a szakemberre, csak másképp kell hozzá viszonyulnia, másfajta – érettebb – függőséggel. El kell érni azt is, hogy a páciens feladja az öngyógyító stratégiákat, és tudjon másra is támaszkodni. Ezt a kezelési során a folyamatos „villanás” élmények, a kapcsolat áttételi feszültsége révén létrejövő belátások segíthetik. Az a tudat, hogy a páciens a terapeuta segítségével el tudja kerülni az összeomlást, facilitálja az azonosulási folyamatokat és az énszerveződést.

Kilépés a diádikus helyzetből. Tárgykapcsolati mintázatok aktiválása a kezelő team által

A bálinti terápiás kapcsolati modell alapvetően a diádikus helyzetre – orvos-beteg, pszichoterapeuta-páciens – épül, és a pszichodinamikus hátteret is eszerint veszi figyelembe. Ezt, és a Winnicott-féle holding és „facilitáló környezet” (Winnicott 1965) koncepcióját kitágítva Samir Stephanos (1980) és munkatársai létrehoztak egy olyan modellt, melyben nem a két-személyes terápia, hanem a kórházi osztályon, gyógyító team által végzett kezelések tárgykapcsolati hátterét és hatásait vette alapul. Amíg tehát

Bálintnál az „orvosgyógyszer” hatásmechanizmusát egy személyhez kapcsolva írhatjuk le, vagy a winnicotti teóriában a „facilitáló környezet” első sorban az anyát jelenti, itt többszemélyes történetről van szó. Érdekes felidézünk ezt a klinikai alkalmazások terén viszonylag csekély figyelmet kapott modellt, egyfelől mert bár a legtöbb betegség gyógyítása manapság team-munkában történik, nagyon kevés elemzés készült az ezekben megjelenő – nagyrészt rejtett – pszichodinamikai folyamatok és konfliktusok gyógyító kapcsolatokra gyakorolt hatásáról. Másfelől, ez a koncepció azért is lényeges, mert rávilágít a pszichológus/pszichoterapeuta szomatikus teamekben való szerepének tárgykapcsolati hatásaira is.

A modell szerint a team az orvosokat, nővéreket és a pszichológust foglalja magába. A team akkor tud hatékonyan működni, ha a tagok hasonló – pszichoszomatikus – attitűddel rendelkeznek, és ezáltal segíteni tudnak a betegnek abban, hogy lépésről lépésre új, a gyógyulást segítő tárgykapcsolatokat fejlesszen ki. A cél, hogy a beteg egy új identitást tud kiépíteni, melynek lényege nem a másoktól való függés, hanem egy önálló, a betegséggel megküzdni, és a segítséget érett attitűddel elfogadni képes szelf. Ehhez fontos, hogy a kórházi környezetben aktiválódó tárgykapcsolatokat „használni” tudja. Ebben az „epizódok” technika (Stephanos, 1980) által segíthetjük a beteget. A technika nagyon hasonló a korábban már megismert „villanás” (flash) eljáráshoz (Balint és Norell 1973), valójában annak a diádikus gyógyító helyzetről a többszemélyes, osztályos környezetre való kiterjesztése. Az epizódok a beteg osztályos élményeit jelentik, amelyek hasznos belátásokat hívhatnak elő a páciens érzéseire és tárgykapcsolataira vonatkozóan. A tárgykapcsolati, érzelmi belátásokat érdemes először a pácienssel foglalkozó szakemberekkel, és csak utána a betegtársakkal és családtagokkal kapcsolatban előhívni és tudatosítani, hiszen a képzett szakember adekvát módon tud reagálni az áttételi helyzetben.

Az eredeti modell szerint az osztályos team jelenti az ödipális mintát a páciens számára: a nővérek első sorban az anyával, az orvosok az apával kapcsolatos tudattalan érzéseket mobilizálják. A pszichológus vagy pszichoterapeuta pedig az átmeneti tárgy funkcióját tölti be, aki előkészíti a beteget az ödipális frusztráció átélésére és biztonságot ad neki.

Különösen a klasszikus értelemben vett pszichoszomatikus betegeknél írták le, hogy a kora gyerekkorban nem kaptak elég bátorítást az anyától az önállóságra, az apa pedig nem vett részt aktívan a nevelésben, nem segítette a gyerek fejlődését. Továbbá, az anya és apa nem hozta létre saját privát világát, mint pár, így a gyerek számára „kimaradt” az ősjelenet, nem tud

kilépni a duálunióból. Mivel nem tapasztalták meg a „háromszög” konfliktust, ezeknek a személyeknek kevés a lehetősége a pszichikus elaborációra, így az érzelmi traumára szomatikus dezorganizációval válaszolnak.

Ezen, a klasszikus freudi alapokra épülő, de a rosszindulatú regresszió bálinti gondolatát is magába építő koncepció elemei jelentek meg később Joyce McDougall (1989) és Wilma Bucci (1997) komplex szomatizációs modelljeiben is, melyek a témával kapcsolatos mai szakirodalom legfőbb teoretikus alapját adják (lásd Csabai 2007). Ezek a modellek – amelyek természetesen túlléptek a freudi teórián és a regresszió verbális feldolgozást nehezítő, „rosszindulatú” hatását kapcsolták össze a tünetképzés pszichofiziológiai mechanizmusaival – a tárgykapcsolati mozzanatot a hagyományos diádikus szinten értelmezik. Holott nagyon fontos lenne a team szerepét hangsúlyozni, és integrálni a Stephanos-modell tanulságait az újabb koncepciókba. A kórházi osztály, mint átmeneti tér és a team-modell azért nagyon fontos, mert ez a többszereplős helyzet hatékonyan segítheti például az identifikációs folyamatokat és a független én kialakulását. A betegnek ugyanis el kell mozdulnia attól a fantáziától, hogy a gyógyítók az ő „tulajdonai”.

Amint a fentiekben bemutattam, a beteg a „jó” és „rossz” gyógyítók közötti regresszív hasítás révén jó imágóként internalizálja azt a szakembert, akiről úgy gondolja, hogy legjobban megérti őt. Rá kell azonban ébrednie, hogy az általa választott, idealizált szakember nem egyedül az övé. Ez a belátás természetesen egy diádikus kapcsolatban is lehetséges, de a gyógyító team és az osztályos környezet rendkívül jól facilitálja ezt. A birtoklás fantáziáját a keserű csalódás váltja fel, melynek hatására agresszíven megszállt projekciós és introjekciós mechanizmusok indulnak be. A kielégülés és frusztráció, illúzió és realitás között mozogva a páciens megtapasztalja, hogy milyen érzés a tárgy elvesztésre és újra megtalálása. Stephanosék eredeti modelljében nem szerepel, de hangsúlyoznunk kell, hogy ez a bálinti „újrakezdés” (Bálint 1932) mozzanata, ahol a páciens az elsődleges tapasztalatok ritmikusságát élheti meg, de egyúttal továbblép az ödipális helyzet felé. Az ödipális féltékenységet – és a duálunióból való kilépést – tovább fokozhatják a team-tagok kapcsolatairól, közös munkájukról szóló (tudattalan) fantáziák. A beteg dilemma elé kerül: tovább ragaszkodik-e (reménytelenül) az anyához, vagy forduljon el tőle, ami további izolációval járna.

Ekkor válik nagyon fontossá a pszichológus szerepe. Fel kell mutatnia az „apai anyát”, hogy a páciens azonosulni tudjon az emocionális és reflektív vonatkozásokkal is. A pszichológusnak – vagy más terapeutának –

ehhez a feladathoz harmonikus viszonyban kell lennie saját anyai résztárgyaival. Így tudja segíteni a páciensét abban, hogy integrálhassa a betegség szomatikus és pszichés dimenzióit. A pszichológiai támogatás vagy kezelés célja, hogy a páciens függetlenedő szelfjére támaszkodva új készségeket fejleszthessen ki, melyek segítségével a gyógyulást segítheti elő. Ennek nagyon fontos eleme, hogy támaszkodni tudjon az orvosra, az autoritást, az apát szimbolizáló figurára – legyen a valóságos személy bármely nemű.

A fenti modellt természetesen nem kell mereven alkalmazni, sem a hagyományos freudi ödipális struktúra, mint elméleti alap, sem pedig a team összetétele szempontjából. A lényeg sokkal inkább abban ragadható meg, hogy a team egységként mutatja meg magát a páciens számára, ami őt arra stimulálja, hogy a duális függésről át tudjon kapcsolni az empatisáló „anyai apa” – figurára, és vele azonosuljon. A szükségszerűen fellépő krízis jelzi a gyógyulási folyamat beindulását.

A testi tünetekkel rendelkező páciensek esetében tehát a pszichológiai intervenció alapvetően az „elsődleges tér” – vagy winnicotti kifejezéssel a „facilitáló környezet” – kialakítására irányul, melyben megvalósulhat az újrakezdés. Újrdefiniálódhatnak a tárgykapcsolatok (legalábbis elindulhat ez a folyamat olyan szinten, hogy a gyógyuláshoz szükséges függetlenség, a regresszióból való kilépés megtörténhessen). A páciensben meg kell teremteni a bizalmat, hogy átmeneti tárgyként tudja használni a pszichológust. Nem lehet cél, sőt kifejezetten hatástalan lehet a feltáró terápia. Zbigniew Lipowski (1977), a pszichoszomatikus medicina egyik meghatározó alakja szerint a klasszikus pszichoszomatikus irányzat kudarcát kifejezetten az okozta, hogy képviselői a pszichoanalízissel akarták azonosítani a terápiát. Ez főként amiatt volt, hogy ragaszkodtak a klasszikus konfliktus modellhez, azaz ahhoz, hogy a belső konfliktusok transzformációja révén jön létre a pszichés vagy szomatikus tünet. A pszichoanalitikus pszichoszomatika azért sem tudott fennmaradni, mert a pszichoszomatikus jelenségek egyéb pszichodinamikus modelljei már azután születtek, amikor a klasszikus pszichoszomatika háttérbe szorult, és átvették a szerepet a kognitív, viselkedéses és biológiai stresszmodellek.

Talán ez lehetett az egyik oka annak is, hogy Bálint Mihály, bár *Az orvos, a betege és a betegség* című kötetében (Bálint 1957) rendkívül meggyőző erővel mutatta be a pszichoanalitikus alapokon álló *kapcsolati pszichoszomatika* mindennapi gyakorlatát, nem tudta annak saját pszichoanalitikus koncepciói – regresszió, őstörés, újrakezdés, viszontáttétel stb. – keretében összegzett foglatatát adni. Bálint felismerte, hogy a gyakorló orvos számára

fontos pszichodinamikai és pszichoterápiás ismeretek nem azonosak a pszichoanalízissel – csak annak talaján állnak. Az *orvos, a beteg és a betegség* című kötet azóta is töretlen sikerének valószínűleg ez az egyik titka. Másfelől pedig az, hogy bár az esetek értelmezésénél gyakran támaszkodik az analitikus konfliktus-modellre, a diagnózisalkotás és a kezelés terén a kapcsolati elvet hangsúlyozza, amely a bemutatott problémák hiteles, és az általános orvosi gyakorlatban is alkalmazható kezelési elvének tűnik. A szakembert nem riasztják el a nehéz analitikus fogalmak, és nincs az az érzése, hogy egy banális – de adott esetben nehezen gyógyuló – probléma kezeléséhez pszichoanalitikussá kell képeznie magát.

Másfelől viszont, bár a kapcsolati elv az új bálinti pszichoszomatika középpontjában áll, annak részletesebb pszichoanalitikus összefoglalásával csak a pszichoterápiás közleményekben és egyéb, a tárgykapcsolatokról és a regresszió mechanizmusairól szóló – tehát nem a pszichoszomatika jelenségvilágát taglaló – elméleti közleményeiben találkozhatunk. Bálint tehát lefedette az új, nemlineáris, nem a konfliktus-modellre, hanem a korszerűbb – az ekkor születő, biopszichoszociális paradigma üzenetével konkordáló – kapcsolati elvre épülő pszichoszomatika alapjait mind az elmélet (tárgykapcsolatok és regresszió), mind pedig a gyakorlat (az „orvosgyógyszer” és a kapcsolat szerepe) szempontjából. Azt, hogy ez a kettő sem az ő életművében „nem ért össze”, sem pedig a pszichoanalitikus pszichoszomatika túlélését – újjászületését – nem tudta létrehozni, részben okozhatta, hogy nem törekedett a „nagy szintézis” létrehozására, de részben az is, hogy Bálint halála éppen akkor következett be, amikor a pszichoanalitikus pszichoszomatika intézményes környezete gyakorlatilag összeomlott, és nagy erővel indult az építkezés más irányzatok talaján. Feltehető a kérdés, hogy „mi lett volna, ha...?” – mi lett volna, ha nem következik be az a törés és a kapcsolati elv az új pszichodinamikus szemléletű pszichoszomatika szilárd bázisát adhatta volna, és mindennapi gyógyító gyakorlatban elterjedtté válik a bálinti elv. A történelmietlen kérdés helyett az utókor számára az a feladat marad, hogy Bálint különböző irányultságú munkáiból összerakja azt a pszichoszomatikus iránymutatást, amely a mai kor orvosi gyakorlatához igazodva, diádikus kezelési szituációkban és team-munkában egyaránt, a betegségek és betegek legszélesebb körére alkalmazható.

IRODALOM

- BÁLINT MIHÁLY (1926): A pszichoterápiáról a gyakorló orvos számára. *Terápia* (Budapest), 5:148-173.
- BÁLINT MIHÁLY (1932): A jellemanalízis és az újrakezdés. In: *Lélekelemzési tanulmányok. Dolgozatok a pszichoanalízis főbb kérdéseiről*. Somló Béla könyvkiadó, Bp. 1933, 65-79. [Reprint-kiadása: Párbeszéd és T-Twins Kiadó, Bp. 1993.] Legújabban in: Bálint M. 1999, 9-24.
- BÁLINT MIHÁLY (1933): Az érzelemátvitelről. In: Bálint M. 1999, 25-37.
- BÁLINT MIHÁLY (1949): A terápiás célok és technikák alakulása a pszichoanalízisben. In: Bálint M. 1999, 70-84.
- BÁLINT MIHÁLY (1957): *Az orvos, a betege és a betegség*. Animula, Bp. 2006.
- BÁLINT MIHÁLY (1959): *A borzongások és regressziók világa*. Animula, Bp. 1997.
- BALINT, MICHAEL (1963): The malignant and the benign form of regression. *Bulletin of the Association of Psycho-Analytic Medicine*, 3/2:20-28. Magyarul: A regresszió jó- és rosszindulatú formái. In: *Az őstörés*. Akadémiai Kiadó, Bp. 1994, 110-146.
- BÁLINT MIHÁLY (1968): *Az őstörés. A regresszió terápiás vonatkozásai*. Akadémiai Kiadó, Bp. 1994.
- BALINT, MICHAEL (1971): The family doctor and the patient's secrets. *Psychiatry in Medicine*, 2:98-107.
- BÁLINT MIHÁLY (1999): *Elsődleges szeretet és pszichoanalitikus technika II*. Animula, Bp.
- BÁLINT MIHÁLY–BÁLINT ALICE (1939): Az átvitelről és a viszontátvitelről. In: Bálint M. 1999, 62-69.
- BALINT, ENID–NORELL, JACK (1973): *Six Minutes for the Patient: Interactions in General Practice Consultation*. Tavistock Publications, London
- BRONHEIM, HAROLD (1996): Psychotherapy of the Medically Ill: The Role of Object Relation. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 24:515-525.
- BUCCI, WILMA (1997): *Psychoanalysis and Cognitive Science: Multiple Code Theory*. Guilford Press, New York.
- CSABAI MÁRTA (2007): *Tünetvándorlás. A hisztériától a krónikus fáradtságig*. Jászöveg Műhely Kiadó, Bp.
- ENGEL, GEORGE L. (1975): The death of a twin: mourning and anniversary reactions. Fragments of 10 years of self-analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 56:23-40.
- GREEN, ANDRÉ (1997): *On Private Madness*. Karnac Books, London.

- HARMATHY ÉVA – LAJTAI LÁSZLÓ (2001): Bálint Mihály hagyatéka. In: Füredi János, Németh Attila és Tariska Péter (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. 2. kiadás, Medicina Könyvkiadó, Bp.
- HAYNAL ANDRÉ (1996): *Viták a pszichoanalízisben. Freud, Ferenczi, Bálint.* Cserépfalvi, Bp.
- KÜCHENHOFF, JOACHIM (1998): The Body and the Ego Boundaries: A Case Study on Psychoanalytic Therapy With Psychosomatic Patients. *Psychoanalytic Inquiry*, 18:368-382.
- LANGEWITZ, WOLF (2007): Beyond content-analysis and nonverbal behavior – What about atmosphere? A phenomenological approach. *Patient Education and Counseling*, 67(3):319-323.
- LIPOWSKI, ZBIGNIEW J. (1977): Psychosomatic medicine in the seventies: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 134: 233-244.
- MANOLOPOULOS, S. (2006): Early traumas of psychosomatic patients. Splitting and integration. *International Congress Series*, Vol. 1286: 81-86.
- MARTY, PIERRE (1976): *Les Mouvements individuels de vie et de mort.* Payot, Paris
- MARTY, PIERRE–DE M’UZAN, MICHEL (1963): La ‘pensée opératoire’. *Revue Française de Psychoanalyse*. 27 (Supplement) 345-356.
- MCDUGALL, JOYCE (1989): *Theaters of the Body.* Norton, New York.
- REDFEARN, JOE (2000): Possible psychosomatic hazards to the therapist: Patients as selfobjects. *Journal of Analytical Psychology*, 45:177-194.
- STEPHANOS, SAMIR (1980): Analytical Psychosomatics in Internal Medicine. *International Review of Psycho-Analysis*, 7:219-232.
- STEPHANOS, SAMIR (1982): The Contribution of Psychoanalytic Object Theory to Psychosomatic Medicine. *Annales of Psychoanalysis*, 10:187-204.
- STEPHANOS, SAMIR 1975 A concept of analytical treatment for patients with psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26(3):178-187.
- STEWART, HAROLD (1996): *Michael Balint. Object Relations Pure and Applied.* Routledge, London.
- WINNICOTT, D. W. (1953): Transitional objects and transitional phenomena *International Journal of Psychoanalysis*, 34:89-97. Magyarul: Átmeneti tárgyak és átmeneti jelenségek. In: Uő.: *Játszás és valóság.* Animula, Bp. 1999.
- WINNICOTT, D. W. (1965): *The Maturational Process and the Facilitating Environment.* Hogarth Press, London.