

ARCHÍVUM

PSZICHOANALÍZIS ÉS BELGYÓGYÁSZAT¹*Bálint Mihály*

A nagy bécsi iskola korszakújító újítása, mely a kórbonctant tette meg az orvostudomány alapjává, egy egyelőre nem látott és jelentőségében sokáig fel nem ismert következménnyel járt. Az eddig egységes medicina ezen túl kétféle betegséget, kétféle tünetet különböztetett meg. Az egyik az „objektív” vagy organikus csoport, a másik a „szubjektív” vagy funkcionális, melynek ilyen alapja nincsen.

Az új klinikai kutatás az „objektív” betegségek kórtana és terápiája felé irányult, itt igen fontos sikereket ért el, lassanként aztán átterjedt a „funkcionálisakra” is és sikerült ezeknek egy részét az orvosok számára épp oly érthetővé és befolyásolhatóvá tenni, mint előbb az „organikusokat”. Ez az új kutatás az élettanból indult ki. Új diagnosztikus eljárások, mint pl. a gyomorszonda, a röntgensugarak stb., stb. és új patológiai megismerések (diatézisek tana, belső szekréciós mirigyek felfedezése, stb.) egész sereg addig „funkcionálisnak” hitt betegségről mutatták ki, hogy kórélettani zavarokon alapulnak. Így az „organikus” alappal nem bíró betegségek köre mindinkább megszűkült, s a sikerek azt a reményt keltették a kutatókban, hogy *elvileg minden betegséget vissza lehet vezetni valamely kórbonctani vagy legalább is kórélettani elváltozásra, mint végső okra, s csak idő kérdése, hogy ez mikor fog sikerülni.*

Ezzel szemben az orvosi praxis a „funkcionális” betegségeket mégsem tartotta olyan komolyaknak, mint az előbbieket. Egyrészt a beteg panaszait nem lehetett semmiféle „alpra” visszavezetni, ugyanez okból in vivo is hiányoztak a jellemző fizikális tünetek, másrészt pedig lefolyásuk szemben a szabályszerű

¹ Eredeti megjelenés: *Gyógyászat*, 1926, 66:19, 439-445. Elhangzott a Budapesti Orvosi Körben 1926. január 25-én. Az orvosi szakkifejezések helyesírását a ma használatos formához igazítottuk. (A szerk.)

„organikus” betegségekkel (pl. tífusz, tüdőgyulladás, stb.) nagymértékben szeszélyesnek bizonyult. Ezekkel a tényekkel azután úgy készült el a gyakorlat, hogy a *betegben kereste el a hibát*. Panaszait nem tartotta jogosnak, túlzásról, képzelődésről beszélt. Érdekes, hogy ez a praxis egész jól megfért az előbbi teoretikus állítással. A klinikán a professzor az előadóteremben fejtegette, hogy a funkcionális és az organikus betegségek lényegileg azonosak, s ez alatt a kórteremben például a hisztériás kapott terápia gyanánt spanyolfalat és erős farados áramot – kis túlzással azt mondhatnám: sötét sarokba állítást és verést.

A kóréletteni korrektúra után a betegségek az eddigi két csoport helyett háromba sorozhatók.

Az első csoportot alkotják azok, melyeknek lényegét kimutatható kórbonctani elváltozás képezi, mint pl.: tífusz, tüdőgyulladás, syringomyelia, karcinóma, stb. Már átmenetet alkotnak a második csoportba azok, melyek okoznak ugyan kórbonctani tünetet, de lényegük kóréletteni elváltozásokban van; ezek: a diatézisek nagy része, különösen a köszvény és többi krónikus arthritis, a lithiasisok, az ulcus pepticum stb.. A második csoportot alkotják a tipikusan kóréletteni zavarokon alapuló betegségek: tehát a legtöbb belső szekréciónomália, a gyomor és bél motoros és szekréciónomái, az asthma bronchiale, általában az idiopatikus eosinofiliák és a neuralgiák egy része, melyek már átvezetnek a harmadik, a funkcionális csoportba. Ennek elején van a migrén, az epilepszia, a különféle gyomor-, bél-, szív-, vasomotoros neurózisok, a végén az álmatlanság, a fejfájás és last not least a hisztéria.

Ez a felsorolás természetesen nem kimerítő. Igyekeztem arra irányult, hogy lehetőleg a jellemző tagokat emeljem ki. Ez a sorrend – majdnem azt mondhatnám, rangsor – megfelel egyrészt mai teoretikus tudásunknak: menél előbb áll elő egy betegség, általában annál többet tud a klinika róla, másrészt azonban praktikus képességünknek is. Értem ez alatt mind diagnosztikus gondolkodásunk, mind a klinikai terápia eredményességének sorrendjét. Egy gyomorbetegnél első kérdésünk: van-e van e karcinoma vagy ulkusz; ha ezek kizárhatóak, van-e hurut, szekréciónomai vagy motilitási eltérés; s ha ezek nincsenek akkor a diagnózis neurózis. A terápia is az első két csoportbeli betegségeknek általában hatásos, míg az utóbbiaknál legtöbbször még a gyógyszeres, illetve diétás kezelés indikációja sem állítható fel, az esetleges beavatkozás eredményessége pedig igen kétséges. Gondoljunk csak egy ptóziózis és egy hisztériás hányásra. Az első diétás és gyógyszeres kezeléssel majdnem biztosan megszüntethetjük, a második a klinikán használt eljárásokkal kezelve, megszűnik, ha akar.

Sok ilyenfajta példát lehetne még elmondanom. Veleje mindegyiküknek ugyanaz: *„Funkcionális” betegségekkel szemben a mai klinikai terápia sokkal kevésbé eredményesebb, mint az „organikusokkal” szemben*. Ez a tény tagad-

hatatlan és vitathatatlan, kell tehát vele foglalkozni. Talán kapunk rá magyarázatot, ha megnézzük mi lett a kórbonctani és különösen a kórélettani irányzatok hatása alatt a belklinikából. Jellemző rá nézve – szemben a pár évvel ezelőtti klinikával – a laboratóriumok túltengése, s nem egy klinikát csak különböztet meg az élettani intézettől, hogy a kísérleteket nem állatokon, hanem embereken végzik. Ugyanezt tapasztalhatjuk, ha akármelyik ún. klinikai folyóiratot vesszük elő: leszámítva a casuisticát, a legtöbb munka élettani problémákkal foglalkozik. *A régi biológiai gondolkodás, mely mindig az egészet igyekezett megérteni, átadta helyét a fiziológiának a részletfunkciók tudományának.*

Ez a fiziológia lett a mai klinika erőssége. A salvarsan, a diftéria-szérum, a pajzsmirigykivonat, helyi érzéstelenítés, az anyagcserebántalmak diétás kezelése, hogy csak egy párat említsek azok közül az állomások közül, melyek a klinika diadalútját jelzik. De ne feledjük el, hogy mindezek a kiváló hatású gyógyszereljárásaink a beteg embernek csak egy-egy hibás funkcióját javítják meg, vagy legfeljebb a hibás működések egy-egy csoportjait. Ez természetes folyamánya az alkalmazott módszernek. Minden betegségnek megkereste az anatómus a székhelyét – már ti. amelyiknek lehetett – s ennek alapján a klinika kidolgozott egy eljárást a kóros elváltozás megszüntetésére. Ebben a módszerben nem volt hely a lélek számára, így nem is láthatták meg a betegségek lelki komponenseit. Per exclusionem valószínű tehát, hogy azok a betegségek, melyeknél ez a módszer kevésbé vagy esetleg egyáltalán nem vált be, legalább is részben lelki okokra vezethetők vissza. Ez a körülmény megmagyarázta, hogy sem a kórbonctan, sem a kórélettan szóval a mai klinika alapja eddig jóformán semmi újat sem hoztak e „funkcionális” betegségek megértéséhez. Míg az „objektív” betegségek patológiája nagy változásokon ment át az utóbbi száz évben, addig például a hisztériáról a mai klinika alig tud többet, mint a mit *Rokitansky* előtt tudott. Az, amin *Charcot* és utána annyian dolgoztak alig megy túl egy részletes leíráson – amely még sok esetben helytelennek is bizonyult. Ugyanez magyarázná meg azt is, miért kellett a klinikai terápiának, mely a fiziológián épült, sikertelennek maradnia ilyen betegségeknel, miért nem lehet ilyen betegségeket sem jóddal, sem brómmal, sem elektro-, sem hidroterápiával, de még yohimbinnal kombinált organoterápiával sem meggyógyítani. Minden orvos ki ezekkel az eljárásokkal foglalkozott, megírta, hogy ezek majdnem teljesen szuggesztív hatásúak, szóval velük *leplezett pszichoterápiát* üzünk. A leplezgetés helyett okosabb a a betegnek hasznosabb, ha nyíltan dolgozunk.

Mégis azt látjuk, hogy a *tisztességes* orvosok, nagymértékben húzódoznak bármily „pszichoterápia” tervszerű alkalmazásától, mert az őket „kuruzslás” gyanújába keverhetné. Jellemző, hogy menné inkább klinikus az orvos, annál

inkább fél a pszichoterápiától, viszont mennél régebben praktizál, annál kevésbé. Ennek a húzódozásnak egyik oka bizonyára az, hogy a leendő orvos az organikus betegséget már egyetemi évei alatt megszokta, terápiájukat megismerkedett terápiájukkal, – a funkcionálisak pedig éppen az általa ismert terápiák hatástalansága folytán, megtartottak jórészt abból a misztikus félelmetességükből, melyet a laikus minden betegséggel szemben érez. Ezért a legtöbb orvos nem szívesen foglalkozik az ilyen betegekkel. Abban az esetben, ha mégis kényszerül erre, vagy *rendel olyasmit, amiben maga sem hisz*, vagy pedig igyekszik becsületes tudása szerint igyekszik *kibeszélni a betegből az ő betegségét*. Az elért eredmény bizony szomorú. A betegek szaladgálnak egy ideig orvostól orvoshoz, magukat és környezetüket kínozza s végül a tudományba vetett bizalmukat veszítve, eljutnak valami javasasszonyhoz. Kikötnek nála, és – megvallhatjuk őszintén – nem járnak rosszabbul, mint orvosaiknál. Sőt eddig változatlan panaszaiuk elég sok esetben megszűnnek, vagy lényegesen megjavulnak. Ez tagadhatatlan tény, s ezzel számolnia kell nemcsak a klinikának, de az elméleti tudománynak is. Igaz viszont, hogy ez a javulás az esetek egy részében nem bizonyul tartósnak, de ez a körülmény még nem lehet mentség arra, hogy egyáltalán ne foglalkozzunk az ilyesfajta terápiával. Még az sem lehet akadály, hogy ezek a javas emberek mindenféle misztikus hókuszpókuszt használnak. Ha *William Whitering* visszariadt volna a kuruzsló *skopshire-i bába* fél méter hosszú receptjétől, s nem próbálta volna ki a hatásosnak bizonyult füveket, ma talán hiányoznék az egyik legáldásosabb szerünk, a digitalis.

Az ő példája szerint kell eljárnia az orvostudománynak. A mi esetünkben a feladat könnyebb, mert már ismeretes, hogy mindezeknek az akár tanult akár tanulatlan embereknek az eljárásában egy a lényeg: a *szuggesztió*. Annyi sikertelen kísérlet után én meg sem próbálom a szuggesztiót definiálni, mindnyájan tudjuk körülbelül mi az. *Terápiás hatása mindig egy kívülről adott, nagy erejű parancs vagy rábeszélés elfogadásán alapszik*. Örök időktől kezdve alkalmazták a gyógyításban. Újabban aztán több módját írták le a különböző szerzők: egyszerű szuggesztió éber állapotban, hipnózis közben, *Dubois* perszuáziója², a couéizmus³, stb., stb. Ezek az eljárások adják a pszichoterápiák egyik csoportját. Egyikük sem tudott önálló lélektanná fejlődni, még a saját

² Paul Dubois (1848-1918) svájci ideggyógyász által kidolgozott, a neurózisok kezelésére alkalmazott racionális pszichoterápiás módszer, amely a „szókratészi dialógus” segítségével igyekezett meggyőzni a beteget, hogy adja fel irracionális viselkedését persuasion – meggyőzés).

³ Önmeggyőzésen, önbefolyásoláson alapuló gyógymód, Emil Coué (1875-1926) francia gyógyszerész nyomán.

hatását sem tudta egyikük sem idegen tudomány segítségével megmagyarázni.

Ezeztől függetlenül fejlődött ki egy másik pszichoterápiás eljárás. Szemben az előbbiekkal ez arra törekszik, hogy a beteg tudatának kiszélesítése által képessé tegye őt arra, hogy tüneteit megértse és róluk lemondjon. Ez az eljárás a Freud-féle *pszichoanalízis*.

A kétfajta – szuggeráló és analizáló eljárás között lényegbevágó különbségek vannak. Ezek megértése végett egyet-mást el kell mondanom a pszichoanalitikus lélektanból. A tüneteket a pszichoanalitikus teória, épp úgy, mint a teoretikus patológia nem tekinti a betegség lényegének, hanem az egyén reakciónak az illető ártalomra, vagyis tökéletlenül sikerült gyógyulási kísérletnek. Minden ártalom ingerként hat a szervezetre, azaz helyesebben egy inger az által válik kórokozóvá, hogy az egyén nem képes tőle a normális módok egyikén sem megszabadulni. Ilyen állandó inger folyton növekvő feszültséget teremt, mely végül is egy tünetet hoz létre. A tünet tehát – legyen különben bármily kínos is az elviselése – mindig bizonyos fokú kielégüléssel jár, hiszen az inger okozta feszültség megszűnését jelenti. Akárhány beteg tudatosan is érzi ezt a kielégülést, különösen a rohamokban jelentkező betegségektől szenvedők. (Megszabadulás, megkönnyebbülés érzése roham után, feszülés, sőt szorongás roham előtt.) Így érthető, hogy a tünet megbolygatása, feláldozása részben testi, részben lelki fájdalommal jár. Ezeket a fájdalmakat a beteg egyrészt a gyógyulás reményében, de főleg orvosa kedvéért veszi magára, más szóval azt a megkönnyebbülést, melyhez eddig csak a tünete révén tudott eljutni, most az orvosához való viszonyban igyekszik meglelni. *Ezt a viszonyt mely a beteg és orvosa között minden kúra folyamán előáll nevezte el Freud indulatáttételnek (Übertragung).* A szuggeráló azon van, hogy ezt a kapcsolatot mindenáron fenntartsa, – hisz betege csak addig egészséges, míg vakon hisz orvosában – vagyis úgy jár el mint az orvos, ki oktalan fájdalomcsillapító terápiájával betegét morfinistává teszi. Ezzel szemben az analizáló arra törekszik, hogy ezt a viszonyt is betege számára tudatosítsa így képessé tegye őt arra, hogy erről is épp úgy lemondjon, mint tüneteiről s felszabadulva kimenjen az életbe. Az analizáló eljárása tehát amaz orvoséhoz hasonlít, ki rendel ugyan fájdalomcsillapítókat, de annyit, amennyire szükség van, s állandóan szem előtt tartja, hogy betegének a kúra végeztével ki kell jönnie mindenféle bódítók használata nélkül. Ezért van az, hogy míg a szuggesztívóval kezelt betegek állandóan visszajárnak orvosukhoz utókúrára, addig egy befejezett analitikus kúra után, az orvos volt betegével legfeljebb véletlenül, ha találkozik. Egy analitikus utókúra: *contradictio in subjecto*. *Összefoglalva: a szuggeráló eljárás mindig szimptomatikus gyógymód marad, az analizáló pedig etiologikus.*

Érthető ezek után, hogy az analitikus kezelés sokkalta nagyobb megterhelést jelent mind a beteg, mind az orvos számára. Különösen nehéz a kúra végső szakasza, amelyben a már majdnem meggyógyult betegnek le kell mondania orvosának segítségéről is és ismét vállalnia kell az élettel járó küzdelmeket. Ennek a feladatnak a megoldhatósága szabja meg a pszichoanalízis indikációjának egyik határát. Olyan beteget nem tanácsos analizálni, kinek családi vagy egyéb körülményei miatt jobb betegnek lennie, mint egészségesnek. Hogy ilyenek vannak, azt minden tapasztalt orvos tudja. Az indikáció másik határa a kúra hosszú tartama, amely esetleg az egy évet is meghaladja. Ezzel szemben a szuggesztió mindig kisebb beavatkozás, rövidebb idő alatt képes esetleg a tüneteket megszüntetni, s a beteggel szemben is kisebb igényeket támaszt. Itt az orvos judiciumára van bízva, hogy megelégszik-e egy tüneti kezeléssel, vagy kedvező esetben etiológiai gyógyításra törekszik-e. A harmadik korlátozás inkább a szuggesztiós terápiát érinti: nem lehet minden embert szuggeszálni. Akinek a karaktere olyan, hogy nagyfokú bizalmatlanság, kételkedés, sőt ellenségeskedés stb. azok az indulatok – melyek először kerülnek sorra az áttételnél, – az ilyen embert alig lehet rábírní a szuggesztió elfogadására. Analitikus kúránál pedig ez a tulajdonság nem okoz különös nehézséget, ha a beteg különben betegségének tudatában van. (Tehát nem súlyos paranoia, stb.) Természetes nem lehet semmiféle pszichikus úton olyan embereket kezelni, kikkel lehetetlenség bármiféle kontaktust teremteni, mint pl.: súlyos katatónia, delírium, kóma, stb.

Erre azt mondhatná egy belgyógyász: „Mindebből az következik, hogy a funkcionális betegségek nem a belgyógyászatra, hanem az ideggyógyászatra tartoznak. Ugyanígy volt eddig is. Amennyiben egy betegről bebizonyosodott, hogy funkcionális bajban szenved, előbb vagy utóbb eljutott a neurológushoz. Szóvak a pszichoanalízis minket internistákat csak közvetve érdekel.” Ez az ellenvetés jogos. A feleletem az, hogy még mindig a belgyógyászat az orvostudomány centruma, tehát minden valóban új eljárás felett a belgyógyászat hivatott dönteni. Van azonban egy speciálisabb érven is, s ez maga a beteg.

Ha pontosan megfigyelünk egy bármilyen betegségben szenvedő embert, azt fogjuk találni, hogy panaszainak egy részét vissza tudjuk vezetni kórbontcanti vagy kórélettani elváltozásokra, más részét, azonban nem. Mennél hosszabb ideje szenved az illető, annál több, annál súlyosabb ilyen funkcionális panaszt fogunk hallani tőle. A betegek mintegy ráépítenek betegségükre egy új betegséget, a neurózist, mely ezer szállal függ össze az „organikus alappal”. Ha valamely betegnél sokféle tünetet találunk, az lesz a törekvésünk, hogy lehetőleg egy okból vezessük le őket, vagyis egy emberben – hacsak nyomós okok nem készítetnek erre – ne vegyünk fel egynél több betegséget. Erről az igen hasznos elvről megfeledeznek az internista, ha „organikus” okok mellett

„funkcionálisokat” is talál. Bizonyos tünetekről kijelenti, hogy ezeket az „alapbaj” okozta, a többi lényegtelen, ideges természetű, magától is el fog múlni. Esetleg magában megállapítja: megint egy neuraszténiás, vagy modernebbül pszichaszténiás egyén. Ez a diagnózisa mindig helyes lesz, mert a neuraszténia illetve pszichaszténia akkora személtáda, hogy majdnem minden beljük fér, a prognózisa azonban nem. A „funkcionálisnak” tartott panaszok nem múlnak el az esetek elég nagy számában nem múlnak el az „alapbaj” megszűntével.

Tudjuk, aránylag mily ritka eset, hogy egy ember egyidejűleg kétféle organikus bajban szenvedjen; ezzel szemben mindennapos tapasztalat, hogy ugyanabban az emberben „organikus” és „funkcionális” bajt is találunk. Ezen a tapasztalaton eddig épp oly kevésé gondolkodott az orvostudomány, mint azon a másikon, hogy kétségtelen tisztára pszichikus úton lehet „organikus” tüneteket létrehozni, vagy a már meglévőket súlyosítani. Erre diszponált egyénnel képes egy erős lelki inger képes egy cholelithiasisos rohamot, vagy icterust, asztmát vagy akár tüdővérzést is előidézni. Ugyanígy közismert dolog, hogy erős felindulás, vagy hosszantartó súlyos lelki megterhelés után jól kompenzált vitiumok dekompenzálódhatnak, hogy diabétesznál alábszállhat a tolerancia, stb. stb.. A múlt évben Springernél O. Schwarz szerkesztésében megjelent könyv: *Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome* tele van ilyen példákkal. Saját eseteim közül is elmondhatok egyet, melyben a beteg „organikus” baj árán próbált egy lelki konfliktusból menekülni. A 30 éves férfi relatív impotens volt. Ennek okát a közösüléstől való félelemben találtuk meg az analitikus kúrában. Nem is sikerült senkit sem találnia, kit teljesen szerethetett volna. Mégis megnősült a háború előtt. A háborúban fogságba esett s itt különösen egy bajtársával kötött benső barátságot. Végre megtalálta azt az embert, kit igazán szeretett, s mivel a számára oly félelmetese közösülésre még csak gondolnia sem volt szabad, teljesen boldoggá tette ez a baráti viszony. Boldogságának a fegyverletétel vetett véget. Betegemnek ott kellett hagynia a gondtalan életet, el kellett barátjától szakadnia – s ismét előtte állott a házaseset. Aznap, mikor átlépte a határt, észrevette, hogy húgycsőfolyása van. Az első orvos hitelt adott betegségének, különösen, mikor meghallotta, hogy a betegnek 5-6 évvel ezelőtt gonorrhoeája volt. Betegem egy klinikára került s boldogan írta meg, hogy nem jöhet haza. A klinikán azonban többszöri vizsgálatnál sem találtak kokkuszokat, így hazaküldték. Mire hazaért, húgycsőfolyása teljesen megszűnt, helyette nemsokára egy tisztán „funkcionális” tünet lépett fel (ennek analitikus meggyógyítását közöltem a *Gyógyászat* 1925. 49. sz.-ban), mely azonban ugyanazt a célt szolgálta: lehetetlenné tette a koituszt. Biztosan lesznek olyanok önök között, kik ezt a folyást tisztán organikus okból (pl. meghűlés, rossz higiénés viszonyok, stb.)

szeretnék megmagyarázni. Nem tagadom, hogy ez lehetséges. Azonban gondolják meg, hogy két teória közül általában az lesz a helyesebb, mely több jelenséget képes egy feltevésből levezetni. Ebben az esetben a lelki megokolás az egyén egész viselkedését: a szomorúságot, mikor fogsága megszűnik, a boldogságot, mikor klinikára kerül hazatérés helyett, az „organikus” és a „funkcionális” betegségét megérteti velünk, minden egyéb magyarázat csak a hurutot. Ez az eset azért is tanulságos, mert megmutatja, hogy ugyanaz az ok képes a változó körülmények szerint, hol „organikus”, hol „funkcionális” tüneteket létrehozni. Vég nélkül lehetne ezeket a példákat folytatni. Sem a praktikus, sem a teoretikus medicina nem aknázza ki ezeket a megfigyeléseket azon a sztereotip jó tanácson kívül: „kérem óvakodjék az izgalmaktól”.

Ugyancsak itt kell megemlékezni két kutatónak kísérleteiről: az egyik R. Heyer, München, hipnózisban ugyanannak a betegnek különféle szuggesztiók mellett kontrasztpépet. Ha a szuggesztió tartalma kellemetlen volt, az átvilágítás ptotikus, mélyen a köldök alá érő gyomrot mutatott, rossz perisztaltikával, rossz ürüléssel s ehhez kapcsolódott obstipációt. Ha kellemes volt a szuggesztió, ugyanez a gyomor normális alakú és helyzetű volt, mélyen bevágó perisztaltikával, rendes ürüléssel s a székrekedésnek nyoma sem volt. A másik *F. Deutsch*, Wien, szintén hipnózissal dolgozott, de ő a szívet és a vérnyomást figyelte meg. Nagyon fontos kísérleteinek bennünket különösen érdeklő eredménye az volt, hogy kiváltképpen akkor lépnek fel intenzíven a keringési szerveken a szorongásra jellemző jelek (szapora pulzus, ingadozó vérnyomás, stb.) ha a hipnózisban adott parancs lehetőleg utánozta az analitikus teóriából ismert *elfojtást*, vagyis az volt, hogy a beteg csak a szuggerált kellemetlen élmény okozta affektust érezze át a megbeszélte jelre, magára az élményre azonban ne emlékezzen vissza. Ezek, s még néhány más kísérlet (pl. Pawlow), igen élesen világítják meg, mennyire hiányos a mai élettan, mely az egyes működéseket kizárólag a hasznosság szempontjából tanulmányozza, s teljesen figyelmen kívül hagyja a kedvtelést, az örömet. Ferenczi már rég felhívta erre a mulasztásra a figyelmet.

Minden kritikát kibíró megfigyelések három csoportját soroltam fel önöknek: először, hogy *minden hosszabb idő óta fennáll, tisztán „organikus” betegség kapcsán fellépnek „funkcionális” panaszok*; másodsor, hogy *elég gyakran képes tisztán pszichikus behatás „organikus” tüneteket létrehozni, illetve meglévőket súlyosbítani*; harmadszor *Pawlow, Deutsch és Heyer kísérletei*, melyekhez negyedikként csatlakoznak még a *pszichoterápia eredményei*, melyekről később számolok be; *ez a négyfajta megfigyelés nagymértékben ellenkezik a mai, egyoldalúan anatómiai és fiziológiai gondolkodásmóddal*. Ma hasonló helyzetben van az orvostudomány, mint volt *Rokitansky* előtt. Akkor a filozófiai spekuláció igyekezett a megfigyeléseket egy Prokrusztész-ágyba

szorítani, ma a boncterem és a különféle laboratóriumok. A minden új megismerést követő nagy kutatási lázban megfeledezett a medicina arról, hogy a kétféle betegséget az „organikus” és a „funkcionális” nem a természet különböztette meg egymástól, csak a mi vizsgáló eszközeink. A bonctan és a laboratóriumok nagy eredményei egy időre elhomályosíthatták, de örökre nem takarhatták el azt az igazságot, hogy az ember teste és lelke ugyanannak a biológiai egésznek csak a mi felfogóképességünk által szétválasztott külön megjelenései. Ha az ember beteg, akkor az egész ember beteg s egyrészt az illető származásától és előző életétől, viszonyaitól és karakterétől, másrészt azt őt ért ártalom kvalitásától s kvantitásától fog függeni, hogy mikor lesz inkább „organikus”, és mikor inkább „funkcionális” színezete a betegségének. Szélső esetekben csak az egyik fogjuk tudni kimutatni, *a legtöbb esetben azonban mind a két faktort – mind a testit, mind a lelkit – számításba kell vennünk, ha azt akarjuk, hogy terápiánk eredményes legyen.*

Itt meg kell állanunk, mert úgy látszik, hogy túllöttem a célon. Hisz a mai klinikai terápia határozottan képes ilyen átmeneti eseteket meggyógyítani. Igaz, hogy nem mindig, és sikertelenség esetén nem tudja megmondani hol történt a hiba – ez azonban csak gyengíti az előbbi állításumat, de nem cáfolja meg. A feleletet megtaláljuk, ha megnézzük, hogy mit jelentenek a különböző gyógymódok a beteg számára.

Egy csoportot alkotnak az ún. „igazi gyógyszerek”. Ezeknek jellemző tulajdonságuk, a nagy alkalmazott dózis folytán hamarosan jelentkező, nagy s így a beteg által is folytán érezhető hatás. Egy kollapszusos betegnek adott adrenalin, a gyomorégésnél bevett szóda, stb., önmagukért beszélnek, az orvosnak alig más dolga a helyes előíráson, a betegnek a beszédésen kívül. Ugyanúgy áll a helyzet a legtöbb sebési beavatkozásnál.

A második csoportba tartozók típusa a diétás kezelés. Itt az ordináció már nem igazolja önmagát, ezt az előíró orvosnak kell megtennie. A beteg és az orvos közelebbi nexusba lépnek. a beteg elmondja életmódját, szokásait, kedvenc ételeit s az orvosnak alkalmazkodnia kell ezekhez; olyan előírást kell adnia, mely, hacsak lehetséges nem ró túl nagy feladatot a betegre, nem változtatja meg nagymértékben eddigi életét. Ha az orvos nem ért ehhez, akkor előírása csak írott malaszt marad. Mindnyája ismerjük azt a cukorbetegséget, ki a legpontosabb diétás táblákkal a zsebében eszik össze mindenfélét. Van egy másik véglet is: az a szülő, ki majdnem felnőtt gyermekét hónapok, sőt évek óta nem engedi felkelni, szigorú diétán tartja, havonként vizsgáltatja vizeletét s kétségbe van esve, ha a fehérjereakció kétkeresztes a szokott egykereszt vagy nyomokban helyett. Ezekhez hasonló esetek elég gyakran fordulnak elő a diétás előírások következtében, majdnem soha az első csoportba tartozó gyógykezelésnél.

Ennek a jelenségnek az oka, jórészt a beteg és orvosa viszonyban, az *indulatáttételben* keresendő. Ha az orvos jó pszichológus, akkor jó eredményei is lesznek, ha nem, sok gyógymód fogja cserbenhagyni. Ugyancsak ez az indulatáttétel magyarázza meg, miért kíván a beteg gyakrabban konzíliumot, mint amennyire tényleg szükség van. Ha a beteg és orvosa között bármiféle okból – betegség hosszú tartama, exacerbáció, valami apró hiba – meglazul az összekötő kapocs, külső segítség kell a helyreállításához. Ezt hozza a hívott professzor, s jövelele még akkor is jó hatással van, ha semmit vagy csak lényegtelenül változtatott a kezeléson. Ugyanezért kell a belgyógyásznak – ahogy mondani szokták: a család bizalma letéteményesének – elmennie a műtéthez. a mindennapi praxis tele van ilyen példákkal, melynek alján ott lappang a meg nem látott pszichoterápia. Ez magyarázza meg, miért tud a klinika bizonyos esetekben „funkcionális” betegeket is meggyógyítani.

Ennél a leplezett pszichoterápiánál épp úgy, mint a szuggesztiónál ez az *indulatáttételes kapcsolat* nem kerül vizsgálat alá, s így az orvosnak pszichológus tehetségére kell bíznia magát. Így is igen nagy eredményeket lehet elérni: súlyos betegek nagy fájdalmai megszűnnek, ha orvosuk szobájukba lép, ezért kéri oly gyakran a naponta esetleg kétszeri látogatást, melyre „objektíve” olya ritkán van szükség; subcutan adott konyhasóra betegek épp úgy elalszanak, mint morfin után és még ezer más. Ezt a művészetet, melyet a jó orvos intuitíve megérez, igyekszik a pszichoanalízis a tudattalanból tudatossá, az intuitív megérzésből megtanulható tudománnyá tenni.

Egy másik faktora a pszichoanalitikus kúrának *a beteg lelki beállításának a megváltoztatásában áll*. Tudjuk azt, hogy bizonyos karakterű emberek mennyivel többet szenvednek ugyanazoktól a tünetektől, melyeket mások jól tűrnek, s mennyivel rosszabb egy ilyen „ideges” ember prognózisa. Ezeket lehetne segíteni, ha megváltoztatnók lelki konstellációjukat. Ezen kívül mindazokban az esetekben, amelyekben valamely jól bevált gyógyszer, esetleg a bevált gyógyszerek egész sora hatástalannak bizonyult, arra kell gondolnunk, hogy a beteg lelkében lesz valami akadály a gyógyulásnak. Ha ezt az akadályt sikerül megtalálni és lebontani, egy csapásra beállhat a javulás. *G. Groddeck* az esetek egész sorát közölte, hol súlyos keringési zavarok melyeknél minden cardiacum és diureticum csődöt mondott, pszichoterápiás beavatkozásra rendbejöttek. Kissé misztikusan hangzik ez, pedig könnyen érthető a mechanizmus, ha az annyiszor, s legutóbb *Korányi* által említett patológiás circulus vitiosusra gondolunk. Ha sikerült a kör bármelyik pontját megbolygatnunk, összedől az egész épület és megindul az új circulus, immár a normális felé. Az előadásomban mondtak után elhihető, hogy van olyan ember, kinél a „funkcionális” oldalról oly erős ez az épület, hogy gyógyszerekkel nem, csakis lelki úton lehet megdönteni. Mindezt abban foglalhatom össze, hogy *a psi-*

choterápia képes bizonyos akadályokat eltávolítani, s ez által kedvező feltételeket teremteni a gyógyulás számára.

Ez az akadály kétféle lehet a teória szempontjából: vagy okozatilag összefügg a tünet keletkezésével, vagy csak később kapcsolódott hozzá. Az elsőt már ismerjük. Mint már említettem, a tünet egy feszültség kisülését jelenti. Ezt a feszültséget oly inger tartja állandóan fenn, melytől az egyén egyetlen fiziológiás úton sem képes megszabadulni. A pszichoanalízis ezt saját nyelvén úgy fejezi ki, hogy *elfojtott lelki élmények* nem képesek a tudathoz eljutni, s így a hozzájuk kapcsolt részletösztönök nem tudnak normális módon kielégülni. Ezek az ösztönök aztán természetüknél fogva követelik a kielégülést, és ki is kényszerítik maguknak, akár abnormis úton: a tünetben. A kúra feladata, hogy ezt az elfojtást megszüntesse, vagyis a tudattalanná vált élményeket tudatosítsa. Ezt azt jelenti, hogy az egyénnek meg kell tanulnia, hogy ezt a feszültséget egy ideig kielégülés nélkül elbírja, de azt is, hogy a kellemetlen tartalmuk miatt elfojtott élményeket, vágyakat, stb. sajátjainak elismerje. Ez nem történik meg minden baj nélkül.

Az elfojtott lelki élmények, valamint a hozzájuk kapcsolódott részletösztönök mindig szexuális természetűnek bizonyultak. Ezt a tapasztalati tényet, mely különösen az első időkben oly nagy felháborodást hívott ki maga ellen, tulajdonképp előre meg lehetett volna jósolni. Hiszen a nevelés jórészt abból áll, hogy kényszeríti a gyermeket azoknak az ösztönöknek az elfojtására, melyek összeütközésbe kerülnek a ma kultúrájával. Ezek pedig azok, qui se font mais ne se disent pas. Helytelen azonban az, az állítás, melyet pedig ma is elegen hangoztatnak, hogy a pszichoanalízis mindenben csakis a szexualitást látja meg. A betegségek létrehozatalában az elfojtott szexuális ösztönök mellett még nagyobb, még fontosabb szerepe van az Én morális indulatainak, mint a lelkiismeret, büntudat, ideálképzés, stb., melyek épp az elfojtást létesítik. Ezt a konfliktust az elfojtó Én és az elfojtott ösztönök között Freud már legelső közleményeiben leírta, s az óta is folyton hangoztatta alapvető fontosságát, a kritikusok jó része azonban még ma sem vette tudomásul.

A másik fajta akadály, mely a betegség gyógyulása elé áll, – mint már mondtam – csak később kapcsolódik a tünehez. Minden ember igyekszik minden tulajdonságát felhasználni a létért való küzdelemben, hogy magának lehető sok előnyt biztosíthasson. Ez alól a szabály alól maga a betegség sem képez kivételt. A beteg lassanként észreveszi, mily kitűnő eszköz betegsége arra, hogy környezetét a saját intenciói érdekében befolyásolja. Nemcsak a hisztériás asszonyok értenek ehhez a művészethez, csak épp, hogy náluk ezt könnyen lehet észrevenni. *A pszichoanalízis ezt a nyereséget másodlagosnak tekinti, szemben azzal a primer kielégüléssel, mely a tünetet eredetileg létesítette.* Mind a kettőről le kell mondania a betegnek, hogy meggyógyulhasson.

Miután így végigvezettem önöket a pszichoanalízis „gyógy-tényezőin” (áttétel, az elfojtás feloldása, a másodlagos nyereség leplezése), hátra van még, hogy eredményeit példákon bemutassam. Több okból is nehéz ez a feladat. Először azért, mert a belső betegségek pszichoanalízise még csak kezdet. *Adler*, ki később a mozgalomból kivált és új iskolát alapított, volt az első, ki megpróbálta, hogy az organikus betegségek és a pszichoanalízis között kapcsolatot teremtsen. A tényleges kutatás azonban nem az általa, hanem a *Ferenczi* által meglátott úton indult meg. Érdekes, hogy körülbelül egyidejűleg Ferenczi teoretikus értékezésével jelent meg a tőle teljesen függetlenül dolgozó *G. Groddeck* kis füzetje, mely sok év praktikus eredményeiről számol be. Valamivel később s némileg *Groddeck* és *Ferenczi* hatása alatt kezdtek *E. Simmel* és *F. Deutsch* ezzel a témával foglalkozni. A nem analitikusok közül kivált *Adler* hívei alkalmazzák a pszichoterápiát a belgyógyászatban, amiről *O. Schwarz*-nak már említett könyve tesz tanulságot. Mint látják, pár éves az egész gondolat, s összesen alig lesz egy tucatnál több orvos, ki ezzel komolyan foglalkozik. A másik nehézség abban van, hogy Freudon kívül csak igen kevés embernek adatott meg az a képesség, hogy hosszú hónapok analitikus munkájának eredményét áttekinthetően és érdekesen összefoglalják. De még nekik is egy-egy hosszú értekezést kellett írniuk minden esetről. Nehézséget okoz maga az anyag is. Aki nem foglalkozott még a tudattalan lelki élet tanulmányozásával, annak az analízis által felderített összefüggések idegenszerűek, sőt komikusak lesznek. Éppen az a tapasztalat bírta *Freudot* a vicc tanulmányozására. Viccesnek az fog feltűnni valaki számára, amelyben saját elfojtott komplexumait ismeri fel, de anélkül, hogy azt sajátjának el kellene fogadnia. Így hát, ha Önök nevetni fognak, ez bizonyítékul fog szolgálni nekem, hogy helyesnek ismerték fel, amit mondtam. Így arra kell kérnem Önöket, elégedjenek meg két eset elmondásával. Ezeket azért választottam ki, mert könnyen ismertethetők és mégis elég jó képet adnak arról, mi történik egy pszichoanalízis folyamán. Az első eset egy kúra végső (?) eredményeit fogja megmutatni, a második eset egy tünet feloldása kapcsán az utat, mely az eredményhez vezetett.

Az elsőt *F. Deutsch* közölte le. Betege elmondta, hogy jobb lábában egy évvel ezelőtt hirtelen fájdalom lépett fel, a láb mintha elhalt volna. Az orvos akkor a jobb *arteria dorsalis pedis* elzáródását konstataulta. A keringés lassanként a kollaterálisokon át valahogy helyreállt, de a beteg járáskor időnként fájdalmakat érez, s ezért sántítani kénytelen. A vizsgálatnál a jobb lábartéria pulzusa tényleg nem tapintható, a jobb láb hidegebb, mint a bal, a keringési szervek azonban más elváltozás nem mutatható ki. A vérben eosinofiliát találtak, a többi vizsgálat mind negatív. Az anamnézisből kiderült, hogy a beteg kb. 20 évvel ezelőtt lueszt acquirált, amelyből azonban teljesen kigyógyult. A diag-

nózis kétségtelen: klaudikáció intermittensz, valószínűleg luetikus alapon. Mivel minden belgyógyászati terápia hatástalannak bizonyult, a beteg maga kérte a pszichoanalízist. A kúra a következő tudattalan lelki gyökereket derítette ki. A tünet az után lépett fel először, hogy a beteg egy szanatórium-ból, hol kis unokaöccse meghalt, kijött. A relatív impotens férfi, kinek emiatt nem lehettek gyermekei, irigyelte másoktól a gyermekáldást. Betegsége büntetés ezért az irigységért, még pedig azért, mert a sántítás, a rossz járás, a rosszul koitalást jelentette jelképesen, s így mintegy pellengérré állította őt. Járás közben kényszerűen meg kellett érintenie lábával a járdán heverő papírdarabokat, mert hátha valami „titokzatos” volna bennük. Ez a „titokzatos” valami egyrészt maga a betegség volt, melyről még medikus korában olvasta *Strümpell* könyvében: „Die Claudicatio intermittens ist eine ratselhafte, geheimnisvolle Krankheit”⁴. Ettől a mondattól nem tudott szabadulni, és már akkor el kezdte a lábpulzusát kontrollálni, előkészítvén a talajt a jövő számára. A „titokzatos” másrészt a női genitálét is jelentette, melynek érintése elsősorban elfojtott incesztus kívánságainak jelképes teljesülése volt. Ennek a cselekedetnek megérdemelt büntetése a sántítás. Még egy oldalról volt determinálva a tünet: kisgyermekkorában anyjának lábával gáncsot vetett, s anyja el is esett. Anyja is sántított kisé, a lelki talio szerint neki is sántítania kell, még pedig a gáncsvető jobb lábon. A kúra eredménnyel járt, nemcsak a sántítás és a fájdalmak tűntek el, hanem az eosinofília is.

Hogyan értsük meg ezt a gyógyulást? A kiállt luesz megtámadja az összes ereket. A kóros elváltozás ott lesz a legnagyobb, hol egy már előkészített talajt talál. Ilyen *locus minoris resistentiae* volt s beteg jobb lába a tudattalan lelki komplexumokba való bekapcsoltsága révén. Az aktuális élmény – kis unokaöccsének halála azután kiváltotta a két oldalról előkészített reakciót. Az „organikus” baj megállapodott, a keringés bárcsak a kollaterálisokon át ismét helyreállt, a „funkcionális” oldal azonban befolyásolhatatlan maradt. Az analízis azáltal, hogy felszabadította a tudattalan fantáziákat, tudatosította az elfojtott élményeket, megszüntette a lelki oldal felől fennálló állandó feszültséget, s így a tünetre nem volt többé szükség, a beteg meggyógyult.

A másik példa egy még folyamatban levő analízis egy részlete. A betegnek fő panasa egy igen nagyfokú fóbia: egyedül sem otthon maradni, sem elmenni nem tud. Ezen kívül majdnem teljesen kifejlődött basedowja van: kisfokú strúma, tachykardia, kisfokú exophthalmus, a szemtünetek közül sok hiányzik. Azt hiszem, alig lesz a beteg lakhelyének környékén orvos, vagy Pesten neurológus, kinél még nem fordul volna meg. minden terápia hatástalan volt.

⁴ „A klaudikáció intermittensz egy rejtélyes, titokzatos betegség.”

a tünet, melynek analíziséről be akarok számolni, az extraszisztolé. A beteg igen jellemzően írja le: „Szíve a rendes tik-tak, tik-tak ritmusból hirtelen kiüt egyet-egyet-egyet; erős kellemetlen dobbanásokat érez a szív táján, melyek gyakran nyakába, sőt fejébe is fölhatolnak”. Ezek az extraszisztolék minden izgalomnál jelentkeztek, de különösen akkor, ha a betegnek, ki 31 éves virgo, valami nemi izgalmat kellene éreznie. Sokáig nem emlékezett arra, hogy mikor léptek fel először, míg végre kiderült a következő. 1913-ban egy fiatal orvos udvarolt neki, s a lány is szívesen foglalkozott vele. Egy alkalommal a fiatalember egy lépcsőházban hirtelen átkarolta és megcsókolta. A lány nem nagyon védekezett, sőt még akkor sem tiltakozott, mikor a fiatalember invitálta, hogy jöjjön el másnap a rendelőjébe. Otthon mégis elmesélte a dolgot, persze nagy prédikáció következett s szigorúan eltiltották a további barátkozást. Pár nap múlva az utcán véletlenül meglátta lovagját, nagy szorongás lepte meg s ekkor érezte először az extraszisztolékat. Ezt úgy lehet értelmezni, hogy az izgalmat, mely nőknél főleg a klitorisz kopogó lüktetésében nyilvánul meg, eltolta a szívére. Pár hét múlva, kezelése folyamán elmeséli a következőt: este náluk volt egy fiatalasszony, kit páciensem és nővérei, mint ez szokás, kikérdeztek alaposan a nászútjáról. Ezen az éjjelen azt álmodja, hogy tovább beszélget a fiatalasszonnyal a házasságról; egyszerre csak viszketést érez a mons Venerisen, eleinte türtözteti magát, de a viszketés mind erősebb lesz, s végül is simogatja, hogy eltűnjön; lassanként erősödő szívdobogás fogja el, végül is jönnek az egyet-egyet ütések s ő szorongással felébred. Csodálkozva veszi észre, hogy kezei nyugodtan fekszenek, szíve nem dobog, ellenben hatalmas lüktetést érez a klitoriszában. Ez álom óta, mely az izgalmat részben visszavitte a maga helyére, az extraszisztolés szívdobogás nem jelentkezett kb. másfél hónapon keresztül.

Ezzel elérkeztem előadásom végére. Hátra van még az indikáció kérdése. Az abszolút kontraindikációkról már megemlékeztem: nem lehet oly beteget analizálni, kivel nem lehet érintkezést találni és sokszor nem sikerül olyanál, ki vagy nincs tudatában betegségének, vagy akinek a realitás alig tud jobbat nyújtani betegségénél. Magát az indikációt egyelőre meglehetősen szűkre szabnám. Nemcsak azért, mert a pszichoanalízis belgyógyászati alkalmazása még fiatal, hanem elsősorban azért, mert nagy beavatkozás. *Mindenekelőtt meg kell próbálni a klinika összes lehetőségeit, s csak ha ezek már mind cserbenhagytak, akkor ajánlanék egy analitikus kúrát.* Egy kivétel van, ha a betegnek „organikus” baján kívül súlyos neurotikus – főleg ha kényszerneurotikus vagy fóbiás tünetei vannak; ebben az esetben esetleg rögtön felállítanám a pszichoanalízis indikációját.

Biztosan lesznek, kik messzemenőnek fogják találni a következő összeállítás, engedjék meg, hogy én ezzel szemben annak a reményemnek adjak kife-

jezést, hogy már a közeljövőben túl szerénynek fog ez bizonyulni. A következő betegségekre gondolok: a gyomor és bél szekréciós és motoros zavarai, migrén, fejfájás, basedow, asthma bronchiale, általában a rohamokkal járó betegségek, mint pl. a lithiasisok, stenokardia, neuralgiák, galukóma, dysmenorrhoea, stb., stb. Ugyancsak idetartoznak a krónikusan kiújuló betegségek, mint pl. keringési zavarok bizonyos fajtái, sorozatos meghűlések (nátha, bronchitis, reuma, diarrhoea), az ún. arterioszklerózis szubjektív panaszok, s végül a toxikusnak vagy juvenilis típusúnak nevezett tuberkulózis esetek.

Természetesen ezt nem úgy kell érteni, hogy pl. egy meglévő követ, vagy a szervezetben élő bacilusokat analízissel el lehetne tüntetni; ilyen csodatétel nem áll ember hatalmában. Azt azonban meg lehet csinálni, hogy betegünk anyagcseréjét abban az irányban változtatjuk meg, hogy kő többé ne képződjék, illetve, hogy elkészüljön a fertőzéssel. A feladat kb. ugyanaz, mint amire a belgyógyász vállalkozik. anatómiai akadályai nincsenek annak az elképzelésnek, hogy lelki hatásokkal megváltoztathassuk az anyagcserét. A legutóbbi évek kutatásai kimutatták a III. agygyomor fenekén levő magvak nagy szerepét a vegetatív működések szabályozásában. Azt már régóta tudtuk, hogy ezektől a centrumoktól számos pálya vonul a nagy agy kérgéhez, a tudat valószínű székhelyéhez. Ugyancsak ismeretes, hogy intenzív lelki hatások képesek bizonyos vegetatív működéseket megváltoztatni. Gondoljunk csak az elsápadásra, az elpirulásra, a bélműködés izgatottság okozta fokozódására vagy csökkenésére, stb., stb. Igen fontosak ebben a sorban *Pawlownak* közismert kísérletei, valamint *Heyernek és Deutschnak* már említett megfigyelései. Ha ezeket végiggondoljuk, nem hiszem, hogy principiális kifogás lenne emelhető az ellen az állítás ellen, hogy *elvben lehetséges vegetatív működéseket lelki élmények útján befolyásolni*. Lényegében ez az a feladat, amire egy analitikus kúra egy bélbetegnél vállalkozik.

Az ember sohasem tudhatja előre, hogy helyesen cselekszik-e, ha egy új, az eddigiektől nagy mértében eltérő módszert akar meghonosítani egy tudományban. Erről csak a tapasztalat győzheti meg. Ez áll teljes mértékben a pszichoanalízisre is. Mégis van két biztató jel, hogy jó úton haladunk. Az egyik a történelmi fejlődés vonala. A bécsi iskola szkeptikus expektatív felváltotta a kísérleti farmakológián nevelkedett gyógykezelés, ezt követte a kórélettanon alapult diétás terápia. Mindig fontosabb lett az eredmény szempontjából a beteg személye, egyénisége. Ezen a lépcsőn a pszichoanalízis nyilvánvalóan egy még magasabb fok. A másik jel a nagy orvosok tanítása, kik minden művének, egész működésüknek egy a mottója: nem betegségeket, hanem beteg embereket kezelünk. Nos, ezt a feladatot természeténél fogva éppen a pszichoanalízis oldja meg a legtökéletesebben az összes eddigi gyógyeljárások közül.