

PTE BTK  
Pszichológiai Doktori Iskola  
Elméleti Pszichoanalízis Program

PhD értekezés tézisei

Pénzes István

A szomatizáció kapcsolati vonatkozásai és pszichoterápiás lehetőségei  
Kötődés és interszubbektivitás az elméletek és a klinikai vizsgálatok tükrében

Témavezető: Prof. Dr. Csabai Márta



Pécs, 2020

## 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 kívülré kerül, megtörténik az átváltozás. Az átváltozás a testi tünetképzésnek is központi folyamata. A pszichodráma a szomatizáció tükörképe, az előbbi kívülré viszi a belső történéseket, az utóbbi a külső tapasztalatokat hozza a testen belülre.

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 interszubsztivitás 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 hatása a magukat a testük bőrtönében 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 gastroenterológia 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 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 lehorgonyzó 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 (Vermes 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 pozitivista 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. Bevezetés: a test a pszichoterápiában

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 igyekeznek uralni a páciens, ha a fenyegető, elfogadhatatlan fantáziavilág helyett a testével történetekre koncentrálnak (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 álmodás 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 befeledkezésnek” nevezi, Ogden (1994) interszubjektív „analitikus harmadiknak”. Ebben a térben az anya, érettebb személyisége és álmodásra 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 igyekszik megragadni. Az anya ilyenkor projektív és introjektív módon lép kapcsolatba csecsemőjével, érteni és értelmezni igyekszik 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 pszichoterapeutában felidéződő 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 igyekszik 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).

## 2.1. 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 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 (Maunder & 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.



## 2.2. Kötődés és interszubszeptivitás 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 kötődélmélet 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 kötődélmélet mentén. A kognitív-viselkedésterápiás és a pszichoanalitikus protokoll egyaránt hivatkozik azokra a szabályozási zavarokra, melyek a patológiás kötődés talaján bontakoznak ki (Uher 2010).

A kötődélmélet 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. A kötődési zavar nyomán nem lineáris úton alakulnak ki az egyes pszichopatológiai állapotok, hanem közvetítő tényezőkön keresztül. A kurrens pszichoterápiás módszerek általános célkitűzése a kötődési biztonság fokozása (Láng & Nagy 2013).

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, érzelmszabályozásuk 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 viselkedésspektrum 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 hátterében 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. Egyik esetelemző fejezet célja a visszatérő hasi fájdalomban (recurrent abdominal pain, RAP) és anorexia nervosában (AN) szenvedő gyermekpáciensek játékterápiájának interszubjektív szempontú elemzése. Patológias 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.

Interperszonális kapcsolataink alapját reprezentált vagy tényleges testi kapcsolat képezi, a testi történések ezáltal kapcsolatszabályozóként működnek. A testtel való kommunikáció dominanciája a preverbális időszak működés módjait idézi. A testi működések (mozgás, zsigeri működések, vokalizáció) az anya-gyermek kapcsolat elsődleges modulátorai a születéstől a nyelvi ön kifejezési 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 ráhangolódó 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 álmhoz 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 kötődésemlekek 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 & 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.

### 3. Az irritábilis bél szindróma jelenségvilága

#### 3.1. A felnőttkori kötődés jellegzetességei irritábilis bél szindrómával és pánikzavarral küzdő pácienseknél – empirikus vizsgálat

Az irritábilis bél szindróma olyan enterális tünetegyüttes, mely alatt hasi fájdalomhoz társuló székletürítési zavarokat értünk. A gyomor-bélrendszeri panaszokkal orvoshoz fordulók 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 fájdalommal (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. A kialakult betegségattitűdők jellemzői: állandó aggodalmaskodás a testi tünetek miatt, hipochondriás hiedelmek és betegségfóbia (Gomborone, Dewsnap, Libby & Farthing 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. Legtöbbször megelégszenek a tüneti kezeléssel. Akiknél semmilyen tüneti javulás nem mutatkozik, jellemzően ők kerülnek a pszichiátria látókörébe (Garakani, Win, Virk, Gupta, Kaplan & Masand 2003).

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 et al 2006). A bizonytalan kötődés és a szomatizáció között mediáló tényezőnek bizonyul a harag megélésének és kifejezésének módja (Liu et al 2011).

A pánikzavar komplex pszichodinamikus modellje (Shear, Cooper, Klerman, Busch & Shapiro 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 kontrollesoportban, 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).

Az IBS-ben és pánikbetegségben az észlelt veszélyről való gondolkodás (félelem az őrületől, szenvedéstől, betegségtől, haláltól) a kötődési viselkedés aktiválódásához vezet. A kötődési mintázatok meghatározzák a stresszkezelés módját, a jellegzetes egyéni megküzdési stratégiákat (Blanchard 2001).

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

A kötődélméletek 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 & 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 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 öndestrukciót 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-gyerek 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 (1978) 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 testközei 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.

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. 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

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 társ kapcsolati kötődéshez. Ez a mintázat azt mutatja, hogy az apai kötődés fontos protektív tényező a személyiségfejlődés során keletkező szorongásokkal szemben. 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.

3.2. „A test színháza” – az irritábilis bél szindróma kezelésének lehetőségei a pszichodramában – 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 megmutatózó 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 szépségesnek, érdekesnek szenvedésében, örömeiben. A „test színháza” belülről kívültre kerül, és ami lezajlik a színpadon, megszelídül, emészthetővé válik.

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 & Újszászy 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. A gyarapodó önismeret és fokozódó reflektivitás által alábbhagynak a páciensek szorongásai, belső feszültségeik oldódnak és csökken a tünetképző erejük (Gerson 2002).

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. Ami a testben történik és elmondhatatlan – esettanulmányok

##### 4.1. A hasi tünetekkel járó pánik pszichoanalitikus pszichoterápiája

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 1994) 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 mindkettőnkről és egyikünkéről sem szólt, és számomra a páciensről való gondolkodásra adott lehetőséget.

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 (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 mint korrekatív 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.

#### 4.2. A szomatizációs tünetegyüttes kezelése a pszichoanalitikusan orientált gyakorlatban

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 reszomatizáció 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 kerülí érzései megfogalmazását, testét tolja előtérbe: a testével törtétek 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).

Testi narratívumnak tekintem – 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.

#### 4.3. Az interszubjektívitás szerepe funkcionális stresszbetegséggel küzdő gyermekek pszichoterápiájában

Az egyes funkcionális kórképek mögött álló jellegzetes kötődési mintázatok, az azokból adódó sérülékenységek és plaszticitás feltérképezése a kezelési formák kiválasztásához ad fontos támpontokat. Célom a visszatérő hasi fájdalomban (recurrent abdominal pain, RAP, IBS ekvivalens gyermekkorban) szenvedő és anorexiás gyermekpáciensek játékterápiájának interszubjektív szempontú elemzése. Patológias 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 izgalom 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 (Mitchell 2000).

A nyelvhasználat kevéssé plasztikus ezeknél a bemutatott gyermekpácienseknél, mely összefügg az önmagukról való explicit, verbális vagy verbalitásközeli gondolkodás hiányosságaival (Fonagy, Target 1997). A közösen alkotott játékok szemléltetik, ahogy a pszichoterápia folyamán változik a testhez kapcsolódó izgalom 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 kívültre kerül, és ami lezajlik játéktérapiás színpadon megszelídül, „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 destrukciónak. Az átmeneti tárgyképződés elakad, a szülő érzelmileg elérhetetlen, a gyermek külső tárgy helyett saját testét választja játéknak.

#### 4. Tapasztalatok, eredmények összegzése

A testhez kötött betegségstapaszlatok, életesemények a pszichoterápia potenciális terébe kerülve reflektív és narratív színeváltozáson mennek keresztül: a „játás” terében zajlik az átalakulás. Winnicott (1971/1999) szavaival: „A játás ezen tere nem belső lelki valóság. Az egyénen kívülre esik, mégsem a külső világ. Erre a játászótérre 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 játás tere. A disszertáció azt vizsgálja, mit kezdhet a szomatizáló személy a szenvedésével ebben a kitüntetett térben.

Tapasztalataim szerint az áttételi-viszontáttételi folyamatok szintjén az átmeneti tárgyává 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 terapiás cél a fantáziák, kapcsolatok, a jelen realitás életre keltése, a test áldozatból cselekvővé, örömforrássá változtatása, az önromboló testi metaforák elválasztása a testtől.

Az értekezés több fejezete traumatikus események után kezdődő szomatizációs tünetképzés esetében vizsgálja az álmokkal, fantáziákkal való munka lehetőségét pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiában. A traumatizált test érezhető, de nem érthető 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 szomatizáció interszubjektív 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 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 kapcsolataiban. 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 kapcsolattól, amely önnön személyes élményeikhez fűzi őket. A nyelv űrt 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-elemékké változni, emésztetlenül maradnak. A pszichoterápia a béta-elemek emésztését végző alfa-funkció örököse, ennek lehetséges változatait igyekeztem bemutatóni.

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.



## Irodalom

- Abelin, E. (1975): Some further observations and comments on the earliest role of the father. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 293-302.
- Alexander, F. (1950/1990): *Psychosomatic medicine – its principles and applications*. New York, Norton.
- Benjamin, J. (2004): Beyond doer and done-to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73: 5–46.
- Bálint M. (1957/1961): *Az orvos, a beteg és a betegség*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Bass, C. & Benjamin, S. (1993): The management of chronic somatization. *British Journal of Psychiatry*, 182: 472-480.
- 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.
- 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.
- 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.
- Csabai M. (2007): *Tünetvándorlás*. Budapest, Józsefvárosi Műhely Kiadó.
- 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.

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.

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

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.

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

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

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.

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

[MC1] megjegyzést írt: írd ki a folyóiratok nevét!

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

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, P.S. (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.

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

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

Grossmann, K., Grossmann, K. E., Fremmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheurer-Englis, 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.

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

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.

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.

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.

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

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

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

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.

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

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

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.

Mitchell, S. A. (2000): *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

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.

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

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.

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.

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.

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

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. (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.

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

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.

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

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

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

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

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

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.

Saját publikációs lista

**[MC2] megjegyzést írt:** Egységes legyen, h kettőspont v vessző van a kiadás helye után

**[MC3] megjegyzést írt:** Ld az előző megjegyzést

#### Az értekezés alapját képező publikációk

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 – álom 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., 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)

#### Egyéb publikációk

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., Kolosváry E. (2020): Primal scene in the mirror – the fate of Narcissus. *Psychology Research*, 10(5): 193-202.