Ára: 800,— Ft

TARTALOM

Bevezetés *(Kőváry Zoltán)* 3

TANULMÁNYOK
Bálint Mihály:
Trauma és tárgykapcsolat 9
Bálint Mihály: Feljegyzések a parapszichológiáról és a parapszichológiai gyógyításról 23
Csabai Márta: Bálint és a pszichoszomatika 33
Haynal André: Bálint, Ferenczi munkásságának továbbvivője 49

INTERJÚ
Bluma Swerdloff: Beszélgetés Bálint Mihállyal (Részletek).....59

ARCHÍVUM
Bálint Mihály:
Perverzió vagy hisztériás tünet 77

MŰHELY
B. Gáspár Judit:
Alászállás és/vagy szublimáció 81

LAUDATIO
Dr. Paál János (1916–2010)
(Lukács Dénes).....99

SUMMERIES.....102

CONTENTS 104

E számunk megjelenését anyagi támogatásukkal segítették:

nka
Nemzeti Kulturális Alap

Anoním támogatóink jövedelemadójuk 1%-ával

Thalassa 2010/2

THALASSA

PSZICHOANALÍZIS–TÁRSADALOM–KULTÚRA

2010/2

BÁLINT MIHÁLY EMLÉKEZETE

BÁLINT MIHÁLY:
Trauma és tárgykapcsolat

BÁLINT MIHÁLY:
Parapszichológia és gyógyítás

CSABAI MÁRTA:
Tárgykapcsolati elvek a testi tünetek kezelésében

HAYNAL ANDRÉ:
Ferenczi és Bálint

BLUMA SWERDLOFF
interjúja Bálint Mihállyal

B. GÁSPÁR JUDIT
a művészi és a mindennapi kreativitásról

A címlapon a fiatal Bálint Mihályról készült festmény látható.
A festményt Dormándi Olga (szül. Székely-Kovács Olga),
Bálint első feleségének, Alice-nak testvére készítette 1923 körül.
Olga és Alice Kovács Vilmának, Ferenczi egyik legközelebbi tanítványának
gyermeke volt. A festmény jelenleg Bálint harmadik felesége,
Enid Bálint idősebbik leányának angliai házában található.
Köszönetet mondunk Judith Dupont pszichoanalitikusnak (Párizs),
Dormándi Olga leányának, aki a kép jogainak tulajdonosaként engedélyezte
számunkra annak felhasználását.

THALASSA görögül tengert jelent. Más nyelveken ez a címe Ferenczi Sándor egyik nevezetes írásának, a **Katasztrófák a nemi működés fejlődésében** című könyvének. Folyóiratunk címével Ferenczi klasszikus művére, egyben az őstenger, a forrás, az anyaméh, a kezdet szimbolikájára kívánunk utalni.

Az 1989-ben alapított és 1990 óta megjelenő **Thalassa** a huszadik század elejének ahhoz a hagyományához nyúl vissza, amelyben a pszichoanalízis a korabeli kultúrával, irodalommal, társadalomtudománnyal szoros összhangban hatott és fejlődött. A **Thalassa** ezt a hagyományt igyekszik feleleveníteni, ugyanakkor arra törekszik, hogy lépést tartson a modern társadalomtudományok és a pszichoanalízis legújabb fejleményeivel is. A **Thalassa** nem pszichoanalitikus szakfolyóirat. „Műhely" rovatunkban azonban szívesen közlünk klinikai-terápiai vagy technikai-módszertani cikkeket, esetismertetéseket is, különösképpen olyanokat, amelyek általánosabb, történeti vagy elméleti szempontból is figyelemreméltóak. A **Thalassa** független folyóirat, nem kötelezi el magát egyetlen lélekelemzési irányzat mellett sem, de hangsúlyozott figyelemben kívánja részesíteni a pszichoanalízis filozófiai és társadalomtudományi alapjait és alkalmazási lehetőségeit bemutató és elemző írásokat. Feladatának tekinti, hogy hírt adjon az ilyen irányú hazai és külföldi törekvésekről. Mint interdiszciplináris folyóirat, hasábjai nyitva állnak a humán tudományok minden olyan művelője számára, akinek kérdésfelvetései a pszichoanalízissel érintkeznek, és ezzel kapcsolatban érdemi mondanivalója van.

2010/1. számunk cikkei a filmművészet és a pszichoanalízis kapcsolatával foglalkoztak. Joan Copjec, Ira Konigsberg, Hanns Sachs, Molnár Péter, Fecskó Edina, Kérchy Vera, Kőváry Zoltán és Látos Melinda írásait adtuk közre. Következő 2010/3. számunk „Bálint Mihály egykor és ma" címmel fog megjelenni, jelen tematikus számunk folytatásaként.

A Thalassa Alapítvány ezúton is tisztelettel mond köszönetet mindazoknak, akik az elmúlt időszakban közvetlen adományaikkal, valamint személyi jövedelemadójuk 1%-ával támogatták az alapítvány kiadói tevékenységét. Kérjük, hogy amennyiben módja és lehetősége van rá, a jövőben is támogassa kiadványaink megjelenését, amelyet előre is köszönünk. **A Thalassa Alapítvány bankszámlaszáma: 10200902–32711015, adószáma: 18013784–1–41.**

THALASSA

A Ferenczi Sándor Egyesület lapja

ALAPÍTVA 1989-BEN

Kiadja a
Thalassa Alapítvány, Budapest

21. évfolyam, 2. szám, 2010

A szerkesztőbizottság tagjai
Bakó Tihamér, Bókay Antal, Erős Ferenc (felelős szerkesztő),
Hidas György, Mészáros Judit, Vajda Júlia, Valachi Anna

Szerkesztik:
Bálint Katalin, Borgos Anna, Erős Ferenc,
Gyimesi Júlia, Hárs György Péter, Kovai Melinda,
Kovács Anna, Kőváry Zoltán, Lénárd Kata,
Palkó Magda (olvasószerkesztő)

Jelen számunkat Kőváry Zoltán szerkesztette.

E számunk megjelenését támogatta

Nemzeti Kulturális Alap

A Thalassa a Pécsi Tudományegyetem Pszichológiai Doktori Iskolája elméleti pszichoanalízis programjának és az MTA Pszichológiai Kutatóintézetének közreműködésével készül.

A kéziratokat a következő címre kérjük elküldeni:
Thalassa szerkesztősége, c/o MTA Pszichológiai Kutatóintézet,
1132 Budapest, Victor Hugo u. 18-22.
Tel., fax: (36-1) 239-6043
E-mail: thalassa@mtapi.hu
Honlap: http://thalassa.mtapi.hu

ISSN 0865-9362

Thalassa Alapítvány, 2010, június
Felelős kiadó: Vajda Júlia

Tördelés: Kovács Anna
Borítóterv: Harsányi Tamás
Nyomdai munkálatok: Bodnár Nyomda
Felelős vezető: Bodnár Tamás

Bevezetés

A *Thalassa* több mint két évtizedes fennállása során többször nyílt alkalom olyan tematikus számok megjelentetésére, amelyek igyekeztek reflektorfénybe helyezni a budapesti iskola jeles képviselőinek (Ferenczi Sándor, Róheim Géza) vagy az iskolához kapcsolódó szerzőknek (Szondi Lipót) az életművét. Nagy adósságot törlesztünk, amikor lapunk ez évi második és harmadik számát a budapesti iskola egyik kiválóságának, Bálint Mihálynak szenteljük. Ennek apropója, hogy Bálint negyven éve, 1970-ben hunyt el Nagy-Britanniában, ahova a zsidóüldözések elől menekült első feleségével, a szintén analitikus Bálint Alice-szal, aki a letelepedést követően tragikus módon, rövid időn belül meghalt agyvérzésben.

Az elmúlt húsz évben Bálint munkássága némileg kevesebb figyelmet kapott a budapesti iskola szellemi hagyatékát feldolgozó kutatások során. Ez fontos kérdéseket vet fel életművével kapcsolatban. (Kivételként említhetnénk Haynal André írásait[1] és Csabai Márta tanulmányát[2].) Mit jelent nekünk ma, 2010-ben Bálint Mihály személye és szellemisége? Mennyire váltak az emberi pszichikumról és a terápiáról kialakult elképzelései részévé gondolkodásunknak és a mindennapi gyógyítási tevékenységnek? Sokirányú elméleti és gyakorlati munkássága összeáll-e egy eredeti, koherens szemléletté, ahogy ezt Ferenczi, Hermann Imre vagy Szondi esetében feltételezzük? Vagy Bálint Mihályt inkább Ferenczi Sándor hűséges tanítványaként, műve folytatójaként kell számon tartanunk? Vajon azok, akik világszerte és itthon használják az általa kidolgozott és róla elnevezett „Bálint-csoport" módszerét, tisztában vannak-e azzal, hogy annak hátterében egy nagyszabású pszichoanalitikus életmű áll, amelynek első évtizedei Magyarországhoz, a pszichoanalízis budapesti iskolájához kötődnek?

---

[1] Haynal André: *Viták a pszichoanalízisben. Freud, Ferenczi, Bálint*, Cserépfalvi, Bp. 1996.

[2] Csabai Márta: „A budapesti iskola" hatása a pszichoszomatikus szemlélet és az orvos-beteg kapcsolat fejlődésére. In: Erős Ferenc, Bókay Antal, Lénárd Kata (szerk.): *Typus Budapestiensis. Tanulmányok a pszichoanalízis budapesti iskolájának történetéről és hatásáról.* Thalassa Kiadó, Bp. 2008, 335-350.

A természet- és orvostudomány iránt elkötelezett Bálint Mihály már élete során elismert, világhírű kutatóvá és szakemberré vált, tagja lett az angliai pszichoanalitikus mozgalom „független csoportjának", utolsó éveiben a Brit Pszichoanalitikus Egyesület elnökeként is tevékenykedett. Fairbairnnel, Winnicott-tal és másokkal együtt a brit tárgykapcsolat-elmélet képviselőjeként tartják számon, és Melanie Klein személye mellett ő a másik fontos, közvetlen kapocs a budapesti és a brit iskola között. A magyar pszichoanalitikust a „nagyokkal" együtt említik olyan lényeges összefoglaló munkákban, mint amilyen Stephen Mitchell és Margaret Black könyve[3], vagy a Peter Fónagy és Mary Target szerzőpáros kötete[4]. Bálint saját elméletei közül főként *Az őstörés* című könyvében (1967)[5], lefektetett elképzelései váltak közismertté, amelyek gazdagították ismereteinket az anya-gyermek kapcsolat pszichológiájáról és az annak zavaraiból származó súlyos patológiás jelenségekről. A korai tárgykapcsolatok típusairól, az oknofíliáról és a filobatizmusról a *Borzongások és regressziók világa* című könyvében (1959)[6] megfogalmazott gondolatai is maradandónak bizonyultak.

A gyógyító Bálint követte mesterét, Ferenczi Sándort annak merész terápiás újításaiban, és már pályafutása hazai időszakában, 1933-ban úttörő gondolatokat fogalmazott meg a regresszió terápiás szerepéről a „Jellemanalízis és az újrakezdés" című tanulmányában[7]. Ez a szemlélet gazdagodott tovább angliai munkássága során, amit a már említett *Az őstörés* című könyve mellett az *Elsődleges szeretet és a pszichoanalitikus technika* című tanulmánygyűjtemény is hűen tükröz (1952)[8]. Bálint Mihálynak e mellett nagy szerepe volt a rövid dinamikus pszichoterápia kialakulásában is. Későbbi feleségével, Eniddel és a szintén magyar származású Paul Ornsteinnel együtt dolgozták ki az ún. fokális pszichoterápia módszerét, amelynek tankönyve Bálint halála után, 1972-ben jelent meg[9]. Paul Ornstein később az amerikai szelf-pszichológia megalapítója, Heinz Kohut legközelebbi munkatársa lett, és sokat tett Bálint Mihály munkásságának amerikai elismertetéséért. Bálint tanítványa volt a szintén világhírű David Malan is, akinek könyvei hazánkban is jól ismertek

---

[3] *A modern pszichoanalitikus gondolkodás története.* Animula, Bp. 2000.

[4] *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében.* Gondolat, Bp. 2005.

[5] Magyar kiadás: Akadémiai Kiadó, Bp. 1994.

[6] Magyar kiadás: Animula, Bp. 1997.

[7] In: *Lélekelemzési tanulmányok*, Párbeszéd Kiadó, Bp. 1993, 65-80.

[8] Magyar kiadás: Animula, Bp. 1999.

[9] Ennek egyes fejezetei olvashatók a Buda Bála által szerkesztett *Pszichoterápia* című válogatásban. Gondolat, Bp. 1981, 157-175.

és széles körben használják azokat. Bálint – rendkívül előremutató módon – szorgalmazója volt az empirikus pszichoterápiás kutatásnak is.

Az elméletalkotó és a pszichoterapeuta mellett azonban mindenképp meg kell emlékeznünk Bálint Mihályról, az orvosról is. Ferenczi nyomán már igen korán pszichoszomatikus szemlélettel közelített a betegségekhez[10], de követte Ferenczit a kapcsolati szál hangsúlyozásában is. Világhírű könyve, *Az orvos, a betege és a betegség* (1957)[11], jelentős összekötő szerepet játszik a pszichoanalízis és az általános orvoslás között. Ez a mű Bálint ama törekvésének kifejeződése, hogy a pszichoterápiás szemléletet elterjessze a mindennapi orvosi gyakorlatban, hogy a lélektelen, betegség-centrikus megközelítést a betegközpontú gyógyítás válthassa fel. Bálint felfogásában a gyógyító kapcsolat azonban nem csak a páciens, hanem a gyógyító személyiségét is igénybe veszi, ezért a segítő lelki egyensúlyának fennmaradását is aktívan támogatni kell. Ez a mentálhigiénés szemlélet teljesedett ki abban a Bálint által kidolgozott módszerben, amit világszerte „Bálint-csoportként" ismernek és alkalmaznak.

A *Thalassa* soron következő két számában ennek a gazdag életműnek a sokszínűségét és elevenségét szeretnénk bemutatni. A jelen számba Bálint munkásságának érett időszakából választottunk két, magyarul még meg nem jelent tanulmányt. A „Trauma és tárgykapcsolat" már címében is utal arra a két területre, amely kiemelkedő szerepet játszott a 20. század második felének pszichoanalízisében, és amellyel kapcsolatban Ferenczi és a budapesti iskola tagjainak felfogása messze megelőzte korát. A cikk a Bálint halálát megelőző évben, 1969-ben született, amikor még senki sem beszélt a „trauma-elmélet reneszánszáról". Az is figyelemre méltó sajátosság, hogy a „tárgykapcsolati szemlélet" a magyar pszichoterápiás gyakorlatban csak a 90-es évek elején kezdett elterjedni, amikor megtörtént a budapesti iskola „újrafelfedezése". Az 1955-ös „Feljegyzések a parapszichológiáról és a parapszichológiai gyógyításról" című írása olyan határterületet érint, amely folyamatosan ott „kísértett" a pszichoanalízis történetében. Freud és Ferenczi ezzel kapcsolatos álláspontjáról több kiváló elemzés is született az elmúlt időszakban, például Gyimesi Júliáé[12] és Erős Ferencé[13]. Bálint jelen írásában a terápiás gyakorlat és az

---

[10] Pszichoanalízis és belgyógyászat. *Gyógyászat*, 1926, 66:19, 439-445.

[11] Magyar kiadás: Akadémiai Kiadó, Bp. 1961.

[12] Gyimesi Júlia: Áttétel és telepátia a Ferenczi-féle pszichoanalízisben. In: *Typus Budapestiensis.* Id. kiadás, 321-334.

[13] Erős Ferenc: „Veszélyes expedíciók" – Freud, Ferenczi és a telepátia. In: *Trauma és történelem.* Jószöveg Műhely, Bp. 2007, 121-131.

empirikus kutatás szemszögéből közelíti meg az extraszenzoros percepció és a csodás gyógyulások kérdéskörét.

Részleteket közlünk abból az interjúból, amit Bluma Swerdloff készített a magyar analitikussal 1965 augusztusában. Elsősorban azokat a részeket emeltük ki, amelyek Bálint pályafutásának itthoni és angliai alakulását és személyes, illetve szakmai kapcsolatait mutatják be.

Az eredeti írások és az interjú mellett két elemző tanulmány került be a jelen számba, amely Bálint életművét két különböző perspektívából mutatja be. Csabai Márta „Bálint és a pszichoszomatika. Tárgykapcsolati elvek a testi tünetek kezelésében" című munkája amellett, hogy méltatja Bálint integratív megközelítését, amely igyekezett egymáshoz közelíteni az orvostudományt és a pszichoterápiát, illetve kialakította a modern kapcsolati pszichoszomatikus szemléletmódot, arra is rámutat, hogy különös módon Bálint ezeket az újításait saját tárgykapcsolati elveivel nem hozta explicit módon összefüggésbe. Ennek az elmaradt szintézisnek az elvégzése a szerző szerint a mai szakemberekre maradt.

Haynal André régóta foglalkozik Ferenczi mellett a bálinti életmű értelmezésével is. A „Bálint Mihály, Ferenczi munkásságának továbbvivője" című írás Bálintot nem csupán Ferenczi követőjeként, hanem továbbfejlesztőjeként mutatja be mind az orvoslás, mind az analitikusképzés, mind a tudományos kutatás területén. Haynal André hangsúlyozza, hogy Bálint kivételesen széles látókörű tudós volt. Nemcsak a természettudományos módszertannak volt elkötelezett híve, de a társadalmi tényezők emberre gyakorolt hatása is messzemenőkig foglalkozta, amihez jelentősen hozzájárult első feleségének, Alice-nak pedagógiai érdeklődése, illetve barátja és kollégája, Róheim Géza antropológiai nézetei.

A jelen számban adjuk közre még Bálint Mihály fiatalkori „Perverzió vagy hisztériás tünet?" című írását, amely a *Gyógyászat*ban, 1925-ben jelent meg, valamint B. Gáspár Judit „Alászállás és/vagy szublimáció" című munkáját. Ez utóbbiban a szerző az alkotó folyamat, a művészi és mindennapi kreativitás pszichodinamikai mozzanatait vizsgálja, amelynek során a meghatározó pszichológiai elméletek mellett fontos filozófiai elképzelésekre is reflektál.

Reméljük, hogy ezzel (és a soron következő) összeállítással sikerül tovább gazdagítani a 20. század egyik nagy formátumú magyar pszichoanalitikusáról kialakult képet.

Kőváry Zoltán

*Bálint Mihály élete évszámokban**

(1896–1970)

1896: december 3-án megszületik Bálint (Bergsmann) Mihály Móric, Bergsmann Ignác orvos fiaként Budapesten.
1910–14: Gimnáziumi évei során elolvassa az *Álomfejtést* és *A mindennapi élet pszichopatológiáját*, de nem győzik meg.
1914: Megkezdi orvosi tanulmányait.
1915–17: Az orosz, majd az olasz fronton szolgál, egy sebesülés miatt leszerelik.
1918: Beleszeret Kovács Alice-ba, Kovács Vilma pszichoanalitikus leányába, aki kölcsön adja neki a *Totem és Tabu*t.
1919: Látogatja Ferenczi egyetemi előadásait, amelyek akkor még nem tetszenek neki.
1920: Alice-szal együtt áttelepül Németországba, ahol kémikusként és bakteriológusként dolgozik.
1921: Feleségével együtt Hanns Sachsnál elkezdi első kiképző analízisét.
1923: Beiratkozik a berlini egyetemre, ahol filozófiai doktorátust szerez.
1924: A Bálint-házaspár visszaköltözik Budapestre. Mihály megkezdi két évig tartó második kiképző analízisét Ferenczinél.
1926: Tagja lesz a Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesületnek.
1927: Szemináriumokat rendez gyakorló általános orvosoknak.
1931: Közreműködik a budapesti pszichoanalitikus rendelőintézet megszervezésében, amelynek igazgatóhelyettese lesz.
1935: A központ vezetője.
1936: A belgyógyászat és az ideg- elmegyógyászat szakorvosa.
1939: Feleségével és fiával, Jánossal Angliába költözik, Manchesterben tanácsadó pszichiáter lesz. Bálint Alice még ugyanebben az évben meghal agyvérzésben.

---

* Az összeállítás Harmat Pál: *Freud, Ferenczi és a magyarországi pszichoanalízis* című könyve (Bethlen Gábor Könyvkiadó, 1994) és Haynal André: *Viták a pszichoanalízisben. Freud–Ferenczi–Bálint* című könyve (Thalassa Alapítvány–Cserépfalvi, 1996) alapján készült.

1944: Feleségül veszi Edna Oakeshott-ot. 1947-ig élnek együtt, de csak 1952-ben válnak el.
1945: Londonba költözik, itt értesül szülei náci megszállás miatti öngyilkosságáról.
1947: Brit állampolgárságot kap.
1948: A Tavistock klinika szakértője lesz.
1951–53: A Brit Pszichoanalitikus Egyesület tudományos titkára.
1953: Feleségül veszi Enid Eichholz-ot.
1955: A Brit Pszichológiai Egyesület orvosi osztályának elnöke. Ebben az évben kap először szívrohamot.
1957: Vendégprofesszor Cincinnatiben.
1961: Nyugalomba vonul, de 1968-ig a University College Hospital-ban dolgozik.
1968: A Brit Pszichoanalitikus Egyesület elnöke.
1970: decemberben szívrohamot kap, két héttel kórházi elbocsátása után meghal.

Látos Melinda összeállítása

Emléktábla Budapest I. kerületében az Ág utca és a Mészáros utca sarkán.
(Kőváry Zoltán felvétele, 2010)

TANULMÁNYOK

TRAUMA ÉS TÁRGYKAPCSOLAT *

Bálint Mihály

Jelen írás folyóiratunk [a *Journal*] ötvenedik évfolyamának utolsó számába íródott. Ez a szám történelmének közel fél évszázados évfordulójának közeledtét jelzi. A Nemzetközi Pszichoanalitikus Egyesület összes hivatalos kiadványai közül egyedül e folyóirat maradt fenn olyan sokáig, hogy megélje ezt a tiszteletreméltó kort. Az első sajtóorgánumunknak, a *Jahrbuch*nak mindössze hat számot sikerült megérnie, míg a sorban következő *Zentralblatt*nak, amely pár évig a *Jahrbuch*-hal párhuzamosan jelent meg, csupán négyet, ráadásul a negyedik szám eredetisége vitatható volt. Végül pedig az *Internationale Zeitschrift,* valamint az *Imago* kiadása egyaránt 26. számukkal ért véget. Igaz, hogy a kollégák közti kibékíthetetlen ellentét vezetett (melynek következtében többen kiváltak a pszichoanalitikus mozgalomból) az első két kiadvány megszűnéséhez, a *Zeitschrift* és az *Imago* esetében azonban a politikai változások lehetetlenítették el a pszichoanalitikai témájú tudományos tanulmányok német nyelvű publikálását.

A szerkesztő javaslatára ezen ünnepi szám szerzői olyan elméleti témát választottak értekezésük tárgyául, mely megvitatása illusztrálja ezen ötven év pszichoanalitikus gondolkodásának fejlődését. A trauma témája tűnt számomra legmegfelelőbbnek e célra, mivel ennek elméletét alapvető kiegészítésekkel utoljára Freud látta el a *Jenseit des Lustprinzips* [Túl az örömelven] című művében 1920-ban, azaz a *Journal* útnak indulásának évében. Való igaz, hogy az óta az elméletben apróbb kiegészítések, helyreigazítások

* Bálint Mihály magyar fordításban most először megjelenő írása 1969-ben, az akkor ötven éves fennállását ünneplő *International Journal of Psycho-Analysis* jubileumi számában, „Trauma and Object Relationship" címmel jelent meg (1969, 50:429-435).

történtek, de lényegi szerkezetét tekintve látszólag változatlan maradt. E tanulmányban azt szeretném bemutatni, hogy ezen elképzeléssel ellentétben a trauma dinamikus struktúrájáról, a patogenezisben, illetve a személyiség fejlődésében betöltött szerepéről alkotott nézeteink szinte alig észrevehető módon, de mélyreható változáson mentek keresztül, amely mára már messzemenően visszahat mind az elméletre, mind pedig a gyakorlatra. Ez azonban meglehetősen bátor kijelentés, így ajánlatosnak látom előbb biztos alapokról elindulni, még ha ez már jól ismert tények megismétlésének kockázatát rejti is magában.

A trauma eredetileg egy külsérelem által okozott súlyos sérülést jelentett, és a gyógyászatban még mindig ebben az értelemben használják, ahogy például a „traumatológiai sebészet" elnevezésben. A pszichiátriában és a neurológiában azon állapot kifejezésére vették át a trauma fogalmát, melyet az egyénben egy súlyos és váratlan sokk vált ki, mint például egy robbanás vagy egy vasúti szerencsétlenség, tehát valami olyan dolog, amivel korábban nem állt kapcsolatban a személy. Breuer és Freud (1893-5) felismerte, hogy az általuk vizsgált hisztériások olyan érzelmileg rendkívül megterhelő múltbéli események hatásaitól szenvednek, melyeknek emlékeit tudatukról leválasztották. A trauma szót ezen állapotok okozóinak megnevezésére vették kölcsön. A trauma ebben az értelemben tehát egy külső esemény által kiváltott súlyos lelki válság, amely elhúzódó következményeket von maga után, és amelynek megértése, illetve gyógyítása hosszantartó terápiás erőfeszítéseket igényel.

Mire a *Tanulmányok a hisztériáról* megjelent, Freud már jócskán a következő fázisában járt a traumával kapcsolatos elképzeléseinek fejlesztésében. Klinikai tapasztalatai fokozatosan meggyőzték őt arról, hogy a neurózis etiológiáját tekintve csupán a gyermekkori szexuális trauma bír jelentőséggel, más tényezők kevés következménnyel bírnak. Ennek az elképzelésnek a kezdetei feltehetően 1892-ig, a „Draft A of the Fliess papers"-ig [Freud-Fliess-levelek, A-vázlat] vezethetőek vissza, és ez a szakasz legalább az 1898-ban írott „A szexualitás a neurózisok kóroktanában" vagy esetleg a „Három értekezés a szexualitás elméletéről" (1905) megjelenéséig tartott.

A harmadik fázis kezdete pontosan nehezen határozható meg, mivel Freud egy 1897. szeptember 21-i Fliessnek írott levelében írja le először önanalízise során tett felfedezéseinek egyikeként, hogy el kell vetnie korábbi elméletét, mely szerint a szexuális trauma az általános érvényű faktor a neurózisok etiológiájában, mivel úgy tűnik, a traumák nem a valóságban,

csupán betegei fantáziáiban történtek meg. Ez rendkívüli jelentőségű lépés volt, és a pszichoanalitikus kutatás számára meglepő új lehetőségeket kínált. Csakhogy kettőt említsek: az álmok jelentésének megértése, valamint az infantilis szexualitás tudományos feltárása.

E ponton említést kell tennünk arról, hogy a freudi nézetekben bekövetkezett változás nyomtatásban először a „Három értekezés a szexualitás elméletéről" című művében jelent meg (1905, 190.o. [1995, 86.o.]), mintegy hét évvel a felfedezés után. Freud főként személyes okokkal magyarázta ezt a hosszú hallgatást (lásd Freud, 1914a), (1925). Úgy gondolom, hogy e késedelemhez hozzájárulhatott az a nehézség is, melyet a neurózisok etiológiájáról alkotott korábbi feltevései és az új elmélet összeegyeztetése rejtett magában.

Amint azt korábban már említettük, a trauma elméletére, illetve annak az emberi elmére gyakorolt hatására vonatkozó egyetlen jelentős kiegészítés Freud (1920 [1991]) „Túl az örömelven" [*A halálösztön és az életösztönök*] című művében található, mely az egyik legfontosabb metapszichológiai monográfiája, habár ő maga spekulációként jellemezte azt. Itt természetesen csak a témánkba vágó részekre térek ki. Freud abból a jól ismert klinikai megfigyelésből indul ki, mely szerint a traumás neurózisban szenvedő betegeknek gyakorta vannak olyan álmaik, amelyek valójában az eredeti trauma megismétlései, annak minden kísérőjelenségével, a rémülettel és a sokkal együtt. Rámutat arra, hogy létezik sok más klinikai jelenség, amely, úgy tűnik, ugyanilyen repetitív szerkezettel bír, elsősorban például a gyermekek játéka, vagy a mindennapi életben és az analitikus helyzetben egyaránt megjelenő áttételi mintázatok. Ezt követően felvázolja azt az elméletet, mely szerint minden ismétlési kényszer eredete a traumatikus eseményben keresendő. Majd pedig híres metapszichológiai magyarázatában kifejti, hogy a trauma „az inger elleni védelem kiterjedt áttörésének következménye" (1920, 31.o. [1991, 53.o.]), melynek feltétele a mentális apparátus szorongásra való felkészültségének hiánya, tehát az ingerfelvevő rendszerelemek nem voltak kellőképpen megszállva, ezért „a túl alacsony megszállás következtében e rendszerek nem képesek eléggé arra, hogy az érkező ingerületi mennyiséget megkössék".

Így a pszichoanalízisnek két elméleti elgondolása volt a neurózis etiológiáját tekintve. Az elméletek közül a korábbi egy korai szexuális trauma létét feltételezi. Az ilyen trauma hatásainak megértésében lényegében metapszichológiai, tehát ökonómiai szempontokra hagyatkozunk. A döntő fontosságú inger a külvilágból érkezik, az egyént felkészületlenül éri, és az

ingervédelem áttörését eredményezi, így túlzott mennyiségű ingerrel árasztja el az elmét. Annak érdekében, hogy az elme megbirkózzon ezzel a túlzott mértékű ingerelárasztással, ismétlési kényszer lép életbe, melynek klinikai elnevezése bizonyos esetekben egy neurotikus tünet.

Az új elmélet azzal a feltevéssel kezdődik, hogy – bár a látszat nem ezt sugallja – a trauma nem külső történés, hanem az egyén maga hozza létre fantáziaként. Ennek következtében: egyfelől nehéz lenne azt állítani, hogy az egyént felkészületlenül árasztotta el túlságosan nagy mennyiségű ingerlés, mivel végső soron ő maga alkotta meg a fantáziát, másfelől viszont kijelenthető, hogy a lélek különböző részei között nagyon intenzív feszültségek húzódnak meg, így például a ösztön-én rákényszeríti a felettes ént arra, hogy fantáziálásban merüljön el, míg a felettes én elrendeli e tevékenység elfojtását. Remélem, hogy elfogadhatónak bizonyul, ha ezt az elméletet lényegében strukturálisnak kívánom tekinteni. Sietve hozzáteszem, hogy az etiológia strukturális elmélete nagyon lassan és nagyon fokozatosan fejlődött ki. Túlságosan messzemenő lenne e fejlődés fokait lépésről lépésre megvitatni, legyen elegendő itt most annyit mondanunk, hogy végső formáját csupán a harmincas évekre érte el.

Habár Freud nem használta az ökonómiai és a strukturális jelzőket a két elmélet megkülönböztetésére, úgy gondolom, hogy valami hasonlóra gondolhatott, amikor „A befejezett és a vég nélküli analízis" című munkájában a patogenezis különböző útjait tárgyalta. Ezen írásában azt állítja, hogy:

> „kétségtelen, hogy az analízis számára sokkal kedvezőbb feltételt nyújt a traumatikus etiológia. Az analízis inkább a túlnyomórészt traumatikus esetekben fogja véghezvinni, ami egyáltalán hatalmában van." (1937, 220. [1981, 87.])

Ezt követően szembeállítja egymással az ilyen típusú etiológiát azzal a típusúval, amelyet az „én módosulása" néven kívánt nevezni. Ez utóbbi a veleszületett faktorok és a nagyon korai tapasztalatok interakciójaként jön létre: az utóbbi években „ego disztorzió" névvel jelölték a hasonló eredetet. (1937, 234.o.)

Nyilvánvaló tehát, hogy Freud még 1937-ben sem hagyta el teljesen a neurózis traumatikus etiológiáját a strukturális elmélet érdekében. Itt szeretnék egy érdekes szakaszt idézni a „Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen" [További megjegyzések az elfojtás neuropszichózisához] című művéből: „Nem maguk a tapasztalatok hatnak traumatizálóan, hanem azok újjáéledései *emlékek* formájában, miután az egyén elérte a szexuális érettséget" (1896, 164.o.). Ismerve Freudot, bizonyos,

hogy ezen állítása nem spekuláción, hanem klinikai megfigyelésen alapszik; ugyanakkor be kell ismernünk, hogy nehéz értelmezni, bármelyik elméletet alkalmazzuk is rá. Freud ebben a szakaszban egy olyan folyamatra utal, amely szükségképpen két fázisban zajlik: egyrészt az első szemmel láthatólag egy valódi trauma, de mégsem az, másrészről egy második történés, melyet az egyén saját maga idéz elő, amely azonban traumatikus hatással bír.

Forduljunk most az elméletépítéstől a klinikai tapasztalatok felé. Az első problémacsoport azokra a nehézségekre összpontosít, melyekkel akkor találkozunk, amikor egy bizonyos eseményről próbáljuk eldönteni, hogy traumatikusnak minősül-e. Figyelemre méltó, hogy ennek eldöntése nagyjából ugyanolyan nehéz a történéssel egy időben, megfelelően szervezett gyermek-, illetve csecsemő-megfigyelések során, mint retrospektíve, az analitikus terápiában. Véleményem szerint ez a nehézség magában a problémában rejlik. A mi koncepciónk a traumáról és annak következményeiről ökonómiai alapon nyugszik: mégpedig kvantitatív megfontoláson. Jól ismert tény, hogy kvantitatív adatok alapján kvalitatív döntéseket hozni szinte mindig csak önkényesen lehet. Ezt a nehézséget teljességében egy S.S. Furst által szerkesztett nemrégiben megjelent kötet, a *Psychic Trauma* [Lelki trauma] szerzői ismerték fel: akik annak érdekében, hogy elkerüljék azt, többféle másodrendű hipotézist mutattak be, vagy ástak elő a korábbi irodalomból. Ennek illusztrálására az egyik közreműködőtől, Josheph Sandlertől idézek:

> „Ahogyan távolodunk a gyermektől, akiben a traumás neurózis elemei felfedezhetők, úgy válik trauma fogalmunk egyre kevésbé tisztán alkalmazhatóvá, és végül egy olyan klinikai fogalom marad számunkra, amely leíró, fejnehéz, és pontatlan. Egy olyan területre érkezünk, ahol kénytelenek vagyunk részleges traumáról, stressz traumáról és kumulatív traumáról, fedő traumáról és retrospektív traumáról, kiváltott és fantáziált traumákról beszélni. Meg kell birkóznunk az általánosságban kellemetlen élmények és a kifejezetten traumatikus események megkülönböztetésének problémájával, valamint el kell különítenünk a trauma fenyegetettségre adott válaszokat a magára a traumára adott reakcióktól, továbbá különbséget kell tennünk az újraaktivált traumák és az ismételten átélt traumák között." (1967, 166.o.)

Mindezen kísérletek az ökonómiai elméletünkben benne rejlő nehézségeket próbálják elkerülni néhány matematikai művelet alkalmazása révén: vagy összeadáshoz (traumák csoportosítása, kumulatív trauma, stressz-trauma, stb.) vagy szorzáshoz hasonlóan, mint amilyen a prediszpozíció, a fázis-elégtelenség, a retrospektív trauma, stb. A megbízható

klinikai diagnózis nehézségei oly nagynak tűntek, hogy például Anna Freud kihagyta fejlődési koncepciójából a trauma fogalmát, és Sandler fejezetének utolsó részében egymás mellé helyezi a stressz és a trauma fogalmát, azt sugallva ezzel, hogy szinte lehetetlen a kettő megbízható megkülönböztetése.

Ez felettébb kiábrándító helyzet. Freud ránk hagyományozott egy jól végiggondolt, lenyűgöző elméletet, amelyről érezzük, hogy lényegét tekintve igaz, de amikor megpróbáljuk azt klinikai tapasztalataink magyarázatára alkalmazni, cserbenhagy bennünket. A helyzet megmentése érdekében be kell vezetnünk mindenféle *ad hoc*, másodlagos magyarázó elmélet, ami mindig nyugtalanító jel. Nézetem szerint ennek a nem éppen kielégítő tényállásnak a lényege elméletünk hiányos voltából adódik, ezért a hiányzó részek után kell néznünk.

A neurózisok etiológiáját magyarázó két (metapszichológiai és strukturális) elméletünk fejlődésével párhuzamosan hatalmas mennyiségű klinikai tapasztalat gyűlt össze, és lett publikáció tárgya. E témánkhoz kapcsolódó munka főbb eredményei a következők: (1) a patogenezis szempontjából legfontosabb traumák a kora gyermekkorban történnek; (2) a trauma eredeti, pszichiátriai használatban kialakult koncepciója a vasúti baleset modelljéhez hasonlatosan lett megalkotva, azaz egy kívülről, az egyént váratlanul érő esemény, mely környezetének olyan tárgyaiból éri őt, melyekkel korábban alig, vagy egyáltalán nem állt kapcsolatban. Ezzel a modellel szemben a pszichoanalitikus gyakorlat változatlanul azt mutatja, hogy közeli és intim kapcsolat áll fenn a gyermek és a traumát kiváltó személy között; (3) az éretlen gyermekben traumát okozó felelős személyek – akiket traumatizáló tárgyaknak fogok nevezi – elsősorban annak ödipális tárgyai, másodsorban pedig olyan személyek voltak, akik hatalmukat ezen ödipális tárgyaktól kapták, úgy mint nővérek, nevelőnők, oktatók, közeli rokonok, tanárok és újabban *au pair* lányok [bébiszitterek], akiket összefoglalóan „nevelők”-nek nevezhetünk.

Annak ellenére, hogy ezen tények gyakorlatilag minden – a szakirodalomban közölt – esetleírásban szerepeltek, alig történt erőfeszítés ezek egyetlen, tárgykapcsolati elméletté történő összefoglalására, illetve ezzel egyidejűleg a traumatogenezis végső dinamikájának pontosabb megértése érdekében történő felhasználásukra.

Manapság hallgatólagosan vagy akár nyíltan is sok analitikus elfogadja azt a nyilvánvaló következtetést, mely szerint a trauma előidézéséhez szükségszerű feltétel, hogy egy bizonyos intenzitású kapcsolat legyen a gyermek

és a traumatizáló tárgy között. A gyermeknek függenie kell a felnőttől, és bár a kapcsolatban lehetnek ellentmondások, de ahhoz hogy a felnőtt a gyermek számára potenciálisan traumatizáló legyen, főként szeretet- és bizalomteli kapcsolatban kell vele állnia.

Ez a konstelláció talán még a felnőttkori trauma dinamikájára is némi fényt derít, úgy mint robbanások, légi vagy vonatbalesetek, stb. Nagyon valószínű, hogy ezekben a helyzetekben az egyén környezettel való kapcsolata kezdetben bizalommal és hittel teli volt, a baleset azonban felkészületlenül éri, és lerombolja a hitét.

Úgy gondolom, hogy ha statisztikai felmérés készülne a régebbi analitikus szakirodalomban említett traumatizáló tárgyakról, azt találnánk, hogy egy tekintélyes részük a másodlagos csoportból tevődik ki, azaz a nevelők köréből, akik hatalmukat a szülőktől kapták, úgy, mint a nagynénik, a nagybácsik, a személyzet és a tanárok. Hasonlóképpen, e korai periódusban az apák sokkal gyakrabban jelennek meg traumatizáló tárgyként, mint az anyák. A gondolkodásmódbeli fordulópontot talán az ősjelenet neurotikus tünetképződésben beöltött fontos szerepének felfedezése jelzi: lásd a „Kis Hans" (1909) és különösen a „Farkasember" (1918) esetét. Ezt követően a traumatizáló tárgyak másodlagos csoportját egyre ritkábban és ritkábban említették, és a II. világháború után gyakorlatilag el is tűnt a szakirodalomból. Egy másik kiemelkedő változás az volt, hogy az apa szerepe a gyermek neurotikus betegségeinek kiváltásában fokozatosan elveszítette jelentőségét, míg az anya szerepének jelentősége folyamatosan nőtt, mintegy kitörölve ezzel az apát. Ennek illusztrálásaképp elég csupán a jelenleg használatos „szkizofrenogén anya"* elméletét említenünk, miközben szkizofrenogén apáról még nem született elmélet. Hozzátehetjük azt is, hogy meglepő módon minden súlyos személyiségzavart és neurózist magyarázó modern elmélet egyetérteni látszik egy ponton – függetlenül attól, hogy más területeken mennyire mondanak ellent egymásnak –, mégpedig abban, hogy az anya hatása a gyermek fejlődésének korai szakaszaira összehasonlíthatatlanul nagyobb és mélyrehatóbb, mint az apáé.

Felvetődhet a kérdés, hogy vajon a klinikai tapasztalatok ilyetén összegyűjtése miképpen járulhat hozzá egyrészt a trauma pontosabb dinamikus struktúrájának, másrészt a korai anya-gyermek kapcsolat természetének

---

* *szkizofrenogén anya:* az amerikai szociálpszichiátriai irányzatban Frieda Fromm-Reichmann és mások nyomán az 1940-es és 70-es évek közt népszerűvé vált elképzelés az anya szerepéről a szkizofrénia kialakulásában. *(A szerk.)*

jobb megértéséhez. Vegyük először a trauma problematikáját. Amennyiben a fent említett klinikai tapasztalatokat be kívánjuk emelni elméletünkbe, akkor arra a feltételezésre kell jutnunk, hogy a trauma struktúrája három részből tevődik össze. Az első fázisban az éretlen gyermek a felnőttől függ, és noha kapcsolatukban megjelenhet időnként a frusztráció, amely akár haragba, esetenként dühbe torkollhat, alapvetően mégis a bizalom légköre jellemzi azt.

A második szakaszban a felnőtt, a gyermek elvárásaival ellentétben, rendkívül felzaklató, rémisztő vagy fájdalmas dolgot tesz; ez előfordulhat akár egyszer, nagyon váratlanul, vagy akár ismétlődően is. Amennyire klinikai tapasztalataink mutatják, sokfajta oka lehet egy ilyen eseménynek, ezek némelyike a felnőttben, mások a gyermekben keresendők. Lehetséges, hogy a felnőtt nem törődik elég megbízhatóan a gyermekkel, talán más irányban van lekötve a figyelme és emiatt elhanyagoló; vagy esetleg egy erős tudattalan késztetés vezeti, és a függő ember – amint az már általánosan ismert – olyan helyzeteket teremt, melyek fokozott kísértést jelentenek az elnyomott ösztönök szabadjára engedésére. Lehetséges az is, hogy a felnőtt esetleg hosszú időn keresztül dolgozott erősen frusztráló körülmények között, és lehetőségei saját kedvteléseire talán a körülmények miatt nagyon beszűkültek, vagy saját maga is neurózisban, esetleg pszichózisban szenved. A gyermekek a maguk módján rendkívül érzékenyek a valódi szenvedésre, és a szenvedő felnőtt megnyugtatására vagy szimpátiájuk kifejezésére tett kísérleteik vagy észrevétlenek maradnak, vagy épp ellenkezőleg, félreértik és szexuális kezdeményezésként értelmeződnek. Amennyiben a felnőtt és a gyermek közötti kölcsönös törődés és megértés nem elég megbízható, nagy a veszélye annak, hogy a félreértelmezésen keresztül egyfajta kölcsönös csábítás bontakozik ki, amely nagyon szenvedélyes tettekhez vezet. Ezek azonban nem feltétlenül genitális-szexuális cselekedetek, elég gyakran csupán a gyengédség vagy a kegyetlenség túlzott mértékű tettei ezek, melyek a gyereket súlyosan túlingerlik, illetve közeledésének teljes figyelmen kívül hagyása esetén elutasítottság érzést, ezáltal pedig mélységes csalódást okoznak.

E helyzetek bármelyikében egy ideig nagyon intenzív, gyakran szenvedélyes interakció zajlik a gyermek és a felnőtt között. Úgy tűnik, hogy ez a szakasz, bár nagy hatásúnak tűnik, nem minden esetben válik traumatizálóvá. A trauma kiteljesedése a harmadik fázisban következik be, amikor a gyermek arra gondolván, hogy a felnőtt milyen intenzíven vett részt a második szakaszban, az izgalmas, szenvedélyes játék folytatásának

kívánságával vagy arra tett ajánlatával közelíti meg újra a felnőttet, vagy mivel az előző szakaszban közeledése észrevétlen maradt, figyelmen kívül hagyták, vagy esetleg félreértették azt, fájdalmában és aggodalmában újra megpróbál megértésre, felismerésre és vigasztalásra találni.

Ekkor azonban mindkét esetben nagyon gyakran a felnőtt részéről egy teljesen váratlan visszautasítás történik. A felnőtt úgy tesz, mintha nem tudna semmit a korábbi felfokozott izgalomról vagy elutasításról, és valójában úgy viselkedik, mintha semmi sem történt volna. A viselkedésében beállt változásnak több oka lehet: tettei komoly bűntudatot keltettek benne; lehetősége nyílt az óta egy kielégítőbb, felnőtt partnerrel lereagálnia gátolt késztetéseit; az adott pillanatban más, „fontosabb" dolgok kötik le figyelmét; úgy érzi, a legjobb gyógymód előző hibás lépésére, ha értetlenséget tettet; vagy akár erkölcsi megbotránkozással fordul a gyermek felé, súlyosan rendreutasítva őt romlottságáért, stb.

Véleményem szerint a trauma dinamikus szerkezetének pontos megértéséhez mindhárom szakasz egyformán fontos. Jelenlegi elméletünk kizárólag a második fázisra koncentrál, figyelmen kívül hagyva a másik két rész létezését. Ez a kihagyás lehetővé tette egy meglehetősen egyszerű és elegáns elmélet megalkotását csupán metapszichológiai, azaz ökonómiai megfontolásokkal, de ezen egyszerű teória alapján nehéznek bizonyult egy adott eset etiológiájáról eldönteni, hogy traumatikusnak minősül-e, avagy sem. Az általam javasolt háromfázisú trauma szerkezet megváltoztatja a trauma elmélet pusztán kvantitatív megfontolásokon nyugvó alapját az egyszemélyes pszichológia területéről az események tárgykapcsolatban történő tanulmányozására, tehát a kétszemélyes pszichológia területére. Úgy vélem, e ponton fontos megemlítenünk, hogy e gondolatmenetet először Ferenczi javasolta utolsó, technikai írásaiban (1928-33).

Bőséges klinikai anyag nélkül lehetetlen bebizonyítani, hogy háromfázisú hipotézisem hatékonyabb lenne, mint a régi, pusztán metapszichológiai megközelítés, de meglehetősen bizonyos vagyok benne, hogy a tapasztalat meg fogja mutatni, hogy valóban ez a helyzet. Még ennél is fontosabbnak tartom, hogy elképzelésem új lehetőségeket és gyümölcsöző vitákat nyithat meg a neurózisok és a személyiségzavarok etiológiájának bonyolult kérdésében. Ezen kívül egy integrált elméletet létrehozásával kikövezheti az utat a patogenezis strukturális és traumás elméleteinek egyesítéséhez, amelynek irányába talán már Freud is lépéseket tett (1937). Freud rámutatott arra, hogy a patogenezis konstitutív tényezőinek egy közelebbi, részletekbe menő vizsgálata felfedi, hogy az csupán részben

vezethető vissza öröklött faktorokra, annak egy másik, ugyancsak fontos összetevője a gyermekkori tapasztalatokban gyökerezik.

Úgy gondolom, hogy ezek a korai tapasztalatok, melyek az én módosulásához, vagy ahogy manapság nevezni szokás: ego-disztorziókhoz vezetnek, szerkezetüket tekintve szintén háromfázisúak. Ez azt jelenti, hogy lényegében ezek is traumák, és egy – jóllehet primitív – tárgykapcsolat történéseiként képzelhetjük el azokat.

Ami a szó szoros értelmében vett trauma fogalomtól megkülönbözteti ezeket a tapasztalatokat, az a gyermek kronológiai, vagy talán inkább fejlődési kora, mely az eseményekre messzemenően kihat. Minél idősebb ugyanis a gyermek, annál valószínűbb, hogy a felnőttel való interakció szexuális csábítás jelleget ölt, és a valódi nemiségig, vagy nyíltan a genitalitásig is elfajul. Hasonlóképpen, minél idősebb a gyerek, annál nagyobb eséllyel válhatnak az anyán kívül más felnőttek (közülük is elsősorban az apa) is traumatizáló tárggyá. Másfelől viszont minél fiatalabb a gyermek, annál kisebb a valószínűsége annak, hogy nyílt, genitális-szexuális visszaélés történik, és bárhogy is adódjon, az általában a pregenitális szinten marad. Ugyanakkor, ha bármilyen traumatikus esemény történik egy kisgyermekkel vagy csecsemővel, a helyzet szerkezetéből adódóan az egyetlen személy, aki traumatizáló lehet, az az anya.

E gondolatmenet lehetővé teszi számunkra, hogy néhány kiegészítéssel lássuk el a korai anya-gyermek kapcsolat elméletét. Ismeretes, hogy a csecsemő számára időbe telik, amíg fel tudja ismerni a környezetében lévő embereket, és valószínűleg még több időre van szüksége ahhoz, hogy megkülönböztesse őket, például az anyát az apától. Ez a valóságérzék fejlődésének fontos állomását jelzi, mindazonáltal egyúttal a kezdetét is annak, hogy képes legyen különböző típusú kapcsolatot kialakítani az egyes személyekkel. Szükségképpen az ezt megelőző szakaszban az anya és gyermeke közötti kapcsolat primitívebb és kevésbé differenciált. Ebben a szakaszban, melyet elsődleges tárgykapcsolatnak neveztem, az anyának, aki csecsemő ébrenlétének ideje alatt a leginkább jelen van, elsősorban az a feladata, hogy a gyermek „kommunikációs" megnyilvánulásait felismerje, interpretálja és megértse azokat. Mivel azonban nincsen a két fél között általános, mindkettejük számára értelmezhető nyelv, nagy a veszélye a gyermek feltételezett igényeire adott félreértelmezéseknek és inadekvát, vagy rossz reakcióknak. Az egyetlen mentőöv ebben a helyzetben az anya-gyermek közti kölcsönös megértés és figyelem, amely igazság szerint a leginkább megbízható eszköz, habár e megbízható kölcsönös megértés érzete könnyen

megtévesztő lehet. A gyermek aligha tudja megvédeni magát a bármilyen félreértelmezéssel szemben, melyek rossz vagy akár ráerőszakolt gratifikációkhoz vezetnek. Az efféle történések extrém esetekben elvezethetnek ahhoz, amit korábban a trauma második fázisaként neveztem meg.

Ennek illusztrálására hadd idézzek egy aktuális esetet. Egy körülbelül hat hónapos korú csecsemőt egy asztalra tettek, és néhány pillanatra magára hagytak. Úgy tűnt, hogy olyan hevesen izgett-mozgott, hogy sikerült elérnie az asztal széléig és egy csattanással a padlóra esett. Láthatóan megdöbbent és sokkos állapotba került, majd az anyja felvette és átölelte. Ezt követően, amikor már teljesen megnyugodott, az anya megetette és tisztába tette. Majd a következő két-három órában – bár a gyermek elaludt – az anya mindvégig a karjában tartotta. Szeretném hozzátenni, hogy amennyire tudomásom van róla, ennek az esemény semmilyen észlelhető utóhatása nem volt a továbbiakban. Ez nagyon egyszerű példája annak, amikor egy anya a gyermek „kommunikációit" felismerve, interpretálva és megértve, azokra az általa a helyzetben megfelelőnek ítélt reakcióval válaszol. Nagyon valószínű, hogy olvasóim többsége egyet értene az anyával, sőt az utánkövetés is ezt a benyomást látszik igazolni – legalább is a jelen állapot szerint. Azonban feltétlenül bizonyosak lehetünk-e afelől, hogy az anya helyesen cselekedett, és mi is helyesen tettük, hogy egyet értettünk vele? Meglehet, hogy ismétlési kényszert váltott ki gyermekéből, aki ezután hajlamos lesz a balesetekre, és hogy megnyugvást és vigaszt találjon minden váratlan vagy ijesztő esemény után egy kedves és lágy nő intim közelségére lesz szüksége. Talán helyénvalóbb válasz lett volna először megnyugtatni a gyermeket, majd pedig egy csendes, békés kiságyba tenni, hogy belső egyensúlyát saját erejéből állítsa helyre. Ki tudja eldönteni?

Tegyük fel, hogy egy hasonlóképp kritikus helyzetben a gyermek jelzéseit egy anya nem ismerte fel, rosszul interpretálta és félreértette őket, aminek következtében válasza is helytelen vagy nem kielégítő. Ez megfelelne elméletem második szakaszának. Könnyen lehetséges – főként, ha az anya össze van zavarodva, neurotikus, vagy figyelmét más, „fontosabb" dolgok kötik le –, hogy nem fogja egykönnyen észrevenni, miszerint reakciója nem volt megfelelő, és így hasonlóképpen folytatja a továbbiakban. Ilyen feltételek mellett elkerülhetetlen, hogy a közte és gyermeke között fennálló feszültség fokozódjon – az elmélet harmadik fázisának megfelelően. Nagyon valószínű, hogy végső, kétségbeesett következtetése az lesz, hogy ő „rossz nő" és „rossz anya", vagy pedig gyermeke „rossz gyermek". A gyerek számára ez a tapasztalat valószínűleg a felnőttek nyelvében a „cserbenhagyottság" vagy az

„elhagyatottság” kifejezéseknek megfelelő érzelmet fogja kiváltani. Habár egy magaslatról való lezuhanáshoz képest kevésbé látványos, mégis ez az érzés is lehet ugyanúgy traumatikus, mindenfajta ego-torzulást eredményezve ez által. Az ilyen típusú események, az ego-disztorziók és általában a világgal kapcsolatos attitűdök közötti kapcsolatok a lehető legérdekesebb problémákat vetik fel, melyekről egy másik írásomban értekezek.

Végezetül a technikára vonatkozó néhány, eddigiekből következő észrevételt tennék. A pszichoanalitikus folyamat talán legérdekesebb jelensége az áttétel. Nem számít, hogy intellektuálisan mennyire jól és behatóan ismeri ezt a terapeuta és páciense, az áttétel ellenállhatatlan – meg kell történnie. Freud klasszikus művében, az „Emlékezés, ismétlés és átdolgozás”-ban (1914b) már teljes mértékben felismerte, hogy néhány páciens elfelejtett múltjának bizonyos elemeit nem tudja felidézni, így az analitikusukkal való kapcsolatukban kénytelenek azt megcselekedni, tehát áttétel formájában megismételni azt. A háromfázisú elméletemet alkalmazva talán jobban megérthetjük ennek az ismétlési folyamatnak néhány elemét.

Mindig jelen van némi fantáziálás az egyén és környezete közötti boldog, gondtalan kapcsolatról, amelyet a terápiás ülések alkalmával a páciens időnként valóban elérhet. Ezek az időszakok – melyek elméletem első fázisának tekinthetőek – megelőzhetik, vagy követhetik az olyan fájdalmas, legintenzívebb periódusokat, melyekben a trauma újra átélése történik. Az eredeti és fájdalmas élmény ismétlésére való hajlamot bátorítani kell, ahogy Freud állította fent említett művében, ez egyenes következménye a szabad asszociációk „új” technikájának. Természetesen ez elméletem második fázisának felel meg. Rendszerint a gyakorlatról szóló elméleteink hangsúlyozzák az ismétlés helyes interpretálásának fontosságát, és követve Freud gyakran hangoztatott tanácsát, erősen ajánlják, hogy az analitikus az egész folyamat alatt őrizze meg jóindulatú, passzív objektivitását. Amennyiben elfogadjuk javaslatomat, miszerint az analitikus helyzetben a trauma ismétlését közvetlenül követő szakasz elméletem harmadik fázisának felel meg, akkor ebből az következik, hogy e tanács – bár sikeres néhány esetben – más esetekben kudarcot kell, hogy valljon. Természetesen az analitikusnak nem szabad bedőlnie a páciens nyilvánvaló „csábításának”, és részt vennie az izgalomban, ahogyan az eredeti traumatizáló tárgy tette azt a trauma második fázisában, de éppígy nem reagálhat passzív tárgyilagos távolságtartással sem, aminthogy ez a harmadik fázis megismétlését jelentené. Ez az igény azonban még nehezebbé teszi feladatát: nem folytathatja a jóindulatú passzivitás rutinját, mely oly sikeres-

nek bizonyult számos korábbi bonyolult helyzetben, mindazonáltal diagnosztizálnia kell, mi történt páciensével eredetileg a harmadik fázisban, továbbá tudatosan olyan viselkedést kell választania, mely a traumatizáló tárgyétól eltérő. Az analitikus technika új, gyümölcsöző vitáját nyithatja meg ez a kérdés, hogy mi legyen az új szabály, és mi teszi majd azt biztonságosan terápiás hatásúvá. Legutóbbi könyvemben, *Az őstörés*ben (1968) arról értekeztem, hogy alapvetően két fő terápiás módszerünk van, melyek közül az egyik az interpretáció, a másik pedig a köztünk és páciensünk közötti terápiás kapcsolat kialakítása. Az előbbivel összevetve, ez utóbbi módszer technikáit sokkal kevésbé tanulmányoztuk, ezért fontos lenne elkezdeni ezek vizsgálatát.

Ezen ötletek a nevelés területén is hasznosnak bizonyulhatnak. Nem számít ugyanis, hogy mennyire együtt érző és megértő metódusokat alkalmazunk gyermekneveléskor, a kríziseket nem lehet teljességgel kikerülni. Úgy vélem, hogy ezek a krízisek több téren hasonlatosak a traumákhoz, főként abban, hogy szerkezetük feltehetően szintén háromfázisú. Amennyiben ez igaz, úgy döntő fontosságú az adott gyermek nevelésében részt vevő felnőtt viselkedése. Az, hogy a gyermek a krízisen különösebb probléma nélkül túl fog-e jutni, vagy pedig egy többé vagy kevésbé súlyos trauma bontakozik-e ki abból, azon fog múlni, hogy az adott felnőtt miként vesz részt ebben a krízisben. Ebben az esetben hasonlóképpen sürgető szükségünk van megbízható diagnózisra, illetve egy erre épülő döntésre azzal kapcsolatban, hogy a felnőttnek milyen részvételt tanácsos választania ebben a helyzetben. Az ily módon feltárt probléma az analitikus gyakorlathoz hasonlóan a nevelés gyakorlatában is érdekes vitát indíthat el.

Sipka Tünde fordítása

IRODALOM

Balint, M. (1968): *The Basic Fault*. Tavistock Publications, London. [Magyarul: *Az őstörés*. Akadémiai Kiadó, Bp., 1994]

Breuer, J. – Freud, S. (1893-5): Studies on hysteria. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* [továbbiakban: *S.E.*] Vol. 2. [Magyarul megjelent részletei: S. Freud: Katharina... In: *Sigmund Freud Művei* (továbbiakban: *SFM*) II. köt., Cserépfalvi, Bp. 1993, 17-28.; S. Freud: Elisabeth von R. kisasszony. In: *SFM* VII. köt., Filum, Bp. 1998, 68-116.]

Ferenczi, S. (1928-33): *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis.* Hogarth Press, London. [Magyarul: *Technikai írások.* Animula, Bp. 1997]

Freud, S. (1892): Extracts from the Fliess papers: Draft A. *S.E.* Vol. 1, 177-178.

Freud, S. (1896): Further remarks on the neuro-psychoses of defence. *S.E.* Vol. 3, 157-185. [Németül: Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. *G.W.* Bd. 1. 379-403.]

Freud, S. (1897): Extracts from the Fliess papers: Letter 69. *S.E.* Vol. 1, 259-260.

Freud, S. (1898): Sexuality in the aetiology of the neuroses. *S.E.* Vol. 3, 259-285. [Magyarul: A szexualitás a neurózisok kóroktanában. In: *SFM* IV. köt. Cserépfalvi, Bp. 1995, 9-30.]

Freud, S. (1905): Three essays on the theory of sexuality. *S.E.* Vol. 7, 123-246. [Magyarul: Három értekezés a szexualitáselméletéről. In: *SFM* IV. köt. Cserépfalvi, Bp. 1995, 31-131.]

Freud, S. (1909): Analysis of a phobia in a five-year-old boy. *S.E.* Vol. 10, 1-150. [Magyarul: Egy ötéves fiú fóbiájának analízise. A „Kis Hans". In: *SFM* II. köt. Cserépfalvi, Bp. 1993, 111-212.]

Freud, S. (1914a): On the history of the psychoanalytic movement. *S.E.* Vol. 14, 1-66. [Magyarul: A pszichoanalitikai mozgalom története. In: *Önéletrajzi írások*. Cserépfalvi, Bp. 1993, 83-151.]

Freud, S. (1914b): Remembering, repeating and working-through. S.E. Vol. 12, 145-156. [Magyarul: Emlékezés, ismétlés, átdolgozás. In: Buda Béla (szerk.): *Pszichoterápia*, Gondolat, Bp. 1981, 45-56.]

Freud, S. (1918): From the history of an infantile neurosis. *S.E.* Vol. 17, 1-127. [Magyarul: Egy kisgyermekkori neurózis története (A „Farkasember"). In: *SFM* VII. köt. Filum, Bp. 1998, 75-188.]

Freud, S. (1920): Beyond the pleasure principle. *S.E.* Vol. 18, 1-64. [Németül: *Jenseit des Lustprinzips. G.W.* Bd. 13, 3-69.; Magyarul: *A halálösztön és az életösztönök*. Múzsák Közmű v. Kiadó, Bp. 1991; újra megjelent „Túl az örömelven" címmel in: Erős F. (szerk.): *Sigmund Freud: Válogatás az életműből*. Európa, Bp. 2003, 495-550.]

Freud, S. (1925): An autobiographical study. *S.E.* Vol. 20, 1-74. [Magyarul: Önéletrajz. In: *Önéletrajzi írások*. Cserépfalvi, Bp. 1993, 11-81.]

Freud, S. (1937): Analysis terminable and interminable. *S.E.* Vol. 22, 209-254. [Magyarul: A befejezett és a vég nélküli analízis (részletek). In: Buda Béla (szerk.): *Pszichoterápia*. Gondolat, Bp. 1981, 84-98.]

Khan, M. M. R. (1964): Ego distortion, cumulative trauma, and the role of reconstruction in the analytic situation. *Int. J. Psychoanal*. 45: 272-279.

Sandler, J. (1967): Trauma, strain and development. In: S. S. Furst (ed.): *Psychic Trauma*. Basic Books, New York and London.

FELJEGYZÉSEK A PARAPSZICHOLÓGIÁRÓL ÉS A PARAPSZICHOLÓGIAI GYÓGYÍTÁSRÓL[*]

Bálint Mihály

I.

Elmondható, hogy számos tapasztalt analitikus találkozott már olyan epizódokkal praxisa során, amelyek a telepátia vagy az extraszenzoros percepció (az ún. ESP) lehetséges eseteinek benyomását keltették.[1] Elég gyakori, hogy az ESP ezen látszólagos esetei – alapos tudományos vizsgálatnak alávetve – másfajta mechanizmusok közreműködésének lehetőségét vetették fel. Ilyen például egy már közölt és elfeledett emléknyom hirtelen előbukkanása; az analitikus viselkedésének, érzéseinek vagy gondolatainak a páciens általi értelmezése, amely részben tudatosan megfigyelésen, részben nem teljesen tudatosan észlelt tényeken alapul; az intenzív áttételből és viszontáttételből fakadó, analitikussal történő azonosulás váratlan felbukkanása a tudatban; az analitikus saját bevonódó érzéseinek belevetítése a páciens által hozott anyagba és ennek ilyen jellegű értelmezése; vagy az, hogy az analitikus és a páciens, akik szavakban nehezen kifejezhető élményekben osztoznak, váratlanul azonos konklúzióra jutnak, stb.

Hogy bemutassam, mire is gondolok, szeretnék ismertetni egy esetet, amely ugyan nem egészen a telepátia vagy a prekogníció példája, mégis jól

---

[*] Eredetileg megjelent: Michael Balint: Notes on Parapsychology and Parapsychological Healing. *International Journal of Psycho-Analysis*, 1955 (36): 31-35.

[1] Az eddig publikált anyag kiváló áttekintését tartalmazza a G. Devereux által szerkesztett *Pszichoanalysis and the Occult,* című kötet, International Universities Press, New York, 1953.

illusztrálja az ilyen jellegű klinikai megfigyelésekkel járó komplikációkat. 1938-ban, amikor a Szondi-teszt még csak kísérleti stádiumban volt, és még csak néhány embernek volt tudomása róla, az én érdeklődésemet is felkeltette, és kísérleteket is folytattam vele. Egy este, amikor összejövetel volt nálam, szóba került a teszt, és két nővér, akik nem voltak túlságosan közeli ismerőseim, önként vállalták a „kísérleti nyúl" szerepét. A szomszédos szobában először a fiatalabbat, egy huszonhárom éves lányt vizsgáltam meg. A tesztfelvétel után beszélgettünk, és kifejtette, hogy szerinte meglehetősen könnyű volna előre jelezni, hogy valaki, akit személy szerint elég jól ismer, mely képeket választaná. (A teszt negyvennyolc fényképet tartalmaz, amelyeket nyolcasával mutatnak be egymás után hatszor. A személyt megkérik, hogy minden sorozatból válasszon két rokonszenveset és két ellenszenveset, összesen tizenkettőt, amelyik tetszik neki, és tizenkettőt, amelyik nem.) Megkértem, hogy csinálja meg a tesztet úgy, ahogyan szerinte a nővére tenné, és ő szívesen vállalta. Miután befejeztük, megkértem az idősebb, huszonhét éves és házas nővért, hogy csinálja meg a tesztet, és azt találtam, hogy a huszonnégy képből, amelyet kiválasztott, a húga tizennyolcat helyesen jelzett előre. Miután befejezte, megkérdeztem, volna e kedve úgy is megcsinálni, ahogy feltevése szerint a húga csinálná, de meglehetősen közönyös hangnemben visszautasította.

E megfigyelés külső körülményei pontosan olyanok, amelyek prekogníció esetében elvárhatók. Elvégre az idősebb nővér sosem látta a képeket, a fiatalabb pedig minden valószínűséget messze meghaladó pontossággal megjósolta nővére választásait. Ezen felül semmi lehetőségük nem volt sem kommunikációra, sem előzetesen kitalált terv vagy trükk alkalmazására, mivel – ahogy említettem – addig az alkalomig még a teszt létezéséről sem tudtak. Ha magyarázatokat keresünk erre a meglepő tapasztalatra, a következő kínálkozna megoldásként: kell lennie valami nagyon intenzív, de meglehetősen kiegyensúlyozatlan kapcsolatnak a két nővér között. Az idősebb valószínűleg ambivalensen csodált személy volt, akit a fiatalabb – részben tudatosan, részben tudattalanul – egészen közelről tanulmányozhatott, ami végül mély azonosulást eredményezett. Az idősebb nővér feltehetően nem érezte szükségét, hogy ilyen formában foglalkozzon a köztük levő ambivalens szituációval, és el tudta fogadni húgát anélkül, hogy a vele való mély azonosulás igényét érezte volna.

Ha az ember elkerüli annak a veszélyét, hogy az ilyesfajta történéseket ESP-ként értelmezze, és minden gyanús esetet kizár a lehető leggondosabb, alapos vizsgálattal, akkor is maradnak olyan esetek, mint Emilio

Servadióé[2], amikor kénytelenek vagyunk arra a következtetésre jutni, hogy a prekogníció és a telepátia létezését el kell fogadni.

Az én praxisomban is akadtak olyan, látszólag telepátiára utaló esetek, amelyek még a gondos vizsgálat után is megmagyarázhatatlanok maradtak a fent említett mechanizmusokkal. Egy darabig gyűjtöttem ezeket az eseteket azt remélve, hogy előbb vagy utóbb megértem őket. Aztán lassan derengeni kezdett számomra, hogy minden hasonló esetben egy meghatározott érzelmi szituáció állt fenn az analitikus és páciense közt. Mivel a helyzet alakulása nem volt teljesen kifogástalan, ami minden esetben az én hibám miatt jelentkezett, meglehetősen szégyelltem és vonakodtam hibáimat nyomtatásban közölni.

A szituációkat röviden szólva erősen ambivalensnek és szélsőségesen feszültnek írhatjuk le, ami hasonló a két fentebb említett nővér esetéhez. Általában a páciens intenzív, pozitív dependens áttételi állapotban volt, amit azonban az analitikus nem érzékelt és értett teljes mértékben. Az érzékelés és a megértés hiányának oka kivétel nélkül valamiféle átmeneti magába feledkezés volt az analitikus részéről, amely a tényállás időpontjában nagyobb mértékben foglalta le a figyelmét, mint az az analízis előrehaladását segítette volna. A páciens tehetetlen függőségében erre az analitikus teljes figyelmének lekötésére irányuló megújuló erőfeszítésekkel reagált, és végül ebben a nagyon feszült helyzetben, a páciens kétségbeesésének határán, minden kétséget kizáróan telepatikus és látnoki jelenségek mutatkoztak.

Az eredmény minden esetben meglepő volt, ami sokkolta és magához térítette az analitikust, mivel kénytelen volt több figyelmet szentelni az érdekes és talányos jelenséget produkáló páciensnek, mint az azt megelőző időszakban. Ezen a módon aztán a nagyon feszült, ambivalens helyzet megoldottá vált, és az analízis visszatért a normális kerékvágásba.

Nem minden páciens képes ilyesfajta egészséges megrázkódtatást okozni az analitikusának, de az én tapasztalataim szerint azok, akik alkalmasak erre, kizárólag ezekben a csaknem kétségbeejtően dependens helyzetben veszik igénybe ezt a módszert.

Azt követően, hogy tudomást szereztem ezekről a dinamikus kapcsolatokról, nem találkoztam több telepatikus jelenséggel a praxisomban.[3] Egy

---

[2] Lásd [E. Servadio „A Presumptively Telepathic-Precognitive Dream During Analysis" c. írását] *International Journal of Psychoanalysis*, 1955 (36): 27-30.

[3] Érdemes rámutatni, hogy Gillespie – dolgozatának [Extrasensory Elements in Dream Interpretation] lábjegyzetében – ugyanezeket a tapasztalatokat közli, ám mindenféle magyarázat nélkül. *Psychoanalysis and the Occult*, id. mű, 373-382.

ideig büszkeséggel töltött el, hogy technikám kifinomultabbá vált, és képes lettem megkímélni pácienseimet a felesleges szenvedéstől azáltal, hogy megértettem őket, mielőtt arra kényszerültek volna, hogy olyan kétségbeesett kommunikációs eszközhöz folyamodjanak, mint a telepátia.

Egy ideje azonban fokozatosan kezdek tudomást venni e probléma másik lehetséges aspektusáról is. Most már megkérdem magamtól: tanácsos-e ilyen korán közbelépni, másként szólva, túlóvni a pácienst az aktuális értelmezésekkel? Vagy az alapvetőbb és tartósabb eredmény eléréséhez megfelelőbb módszer volna tolerálni, hogy a páciens ilyen feszültségteli helyzetbe kerüljön, és megengedni neki, hogy megtanuljon megküzdeni ezekkel a feszültségekkel? Nincs válaszom erre a kérdésre, és meg kell elégednem annyival, hogy egyszerűen megfogalmazom.

II.

Általában az analitikusok úgy írják le a kezelés során fellépő telepatikus eseményeket, mintha azok egyetlen releváns meghatározója a páciens extraszenzoros érzékenysége volna. Olyan módon viselkednek, mint az idősebb nővér az én példámban, aki húgának figyelemre méltó teljesítményét – igaz, némi gyanakvással – magától értetődőnek vette, és még csak fel sem merült benne, hogy neki magának milyen szerepe lehetett ebben a teljesítményben. Ha Dr. Servadio esetét nézzük[4], ő – nagyon helyesen – úgy értelmezte a figyelemre méltó eseményeket, mint a páciens gyermekkora valódi eseményeinek és fantáziáinak ismétlését, megértve azok túldeterminált ságát. Eszerint a jelenséget nem csupán a páciens ismétlési kényszere idézte elő, hanem az orvosnak azok az egyéb elfoglaltságai is, amelyek kívül esnek az orvos-beteg kapcsolaton. Ezek a külső események nyilvánvalóan indokolatlanul lekötötték Dr. Servadiót, oly mértékben, hogy volt olyan, hogy emiatt az utolsó pillanatban mondott le terápiás ülést. Dr. Servadio – akárcsak minden, hasonló helyzetben levő analitikus – kétségkívül nagy gondban volt. El kellett döntenie, hogy mennyit közöljön saját – talán csak átmeneti – ambivalenciájából szóban a páciensnek. Tudattalanul, nonverbális formában a páciens minden esetben észlelte az analitikus ambivalenciájának átmeneti súlyosbodását. Másfelől azonban teljes szívemből egyetértek Dr. Servadióval, aki szerint a páciens

[4] Lásd a 2. jegyzetet.

telepatikus vagy prekognitív megnyilvánulásának egyik célja az volt – ezt elsőként egyébként Hollós írta le[5] –, hogy „leleplezze" az analitikus „hivatással járó képmutatását"[6], mintha csak azt mondta volna: „Egyébként is tudom, ne próbáljon becsapni", azaz „Ne törődjön másokkal, tegye igazából, amit csak színlel" vagyis „törődjön velem".

Úgy vélem, hogy ezek az indulatáttétel és viszontáttétel közti dinamikus kapcsolatok olyan fontos tényezők, amelyek hozzájárulnak a parapszichológiainak tűnő jelenségek kiprovokálásához az analitikus kezelés során. Az analitikust átmenetileg valamely, az analitikus szituáción kívül eső dolog foglalkoztatja, ám technikai okokból úgy dönt, hogy nem említi szórakozottságát páciensének, kénytelen fenntartani a „hivatással járó képmutatás" homlokzatát, vagyis úgy tesz, mintha minden érdeklődése és figyelme továbbra is a páciensre irányulna. Másrészt viszont a páciens – többé-kevésbé tudatosan – érzi, hogy ez nem teljesen igaz, de nincs lehetősége rá, hogy az érzései és az analitikus rejtett viselkedése közti eltérést feloldja, mivel nagyon valószínű, hogy minden ilyen irányú törekvését az analitikus negatív áttételként értelmezné. Bár ez az értelmezés helytálló, amennyiben erről van szó, de megakadályozza a teljes igazság realizálódását. Bizonyos tehetséges emberek képesek megoldani egy ilyen feszült helyzetet egy terapeutájukra irányuló terápiás sokk alkalmazásával azáltal, hogy parapszichológiainak tűnő jelenséget produkálnak. A sokk magához téríti az analitikust, de azután, be nem vallott bűntudata miatt, projekcióval kell megvédenie magát, vagyis minimalizálja saját involváltságát, és a páciens szerepét állítja reflektorfénybe.

Egy másik védekező mechanizmus az idealizáció. Ennek fényében a parapszichológiai jelenségek igen érdekes, tudományos problémának tűnnek fel, és az analitikus nem veszi figyelembe az ezeket előidéző fájdalmas ambivalencia-konfliktusok és intenzív szenvedés szerepét.

Amennyiben igazam van, ennek az involválódó kapcsolatnak a középpontjában az analitikus viszontáttételének kezelése áll, főképp az a probléma, hogy a viszontáttétel milyen mértékben, illetve mely részében legyen

---

[5] István Hollós: Psychopathologie alltäglicher telepathischer Erscheinungen. *Imago*, 19, 1933, 529-546.

[6] Sándor Ferenczi: „Confusion of tongues between the adults and the child. *Int. J. Psycho-Anal.,* 30, 1949, 225-230. [Magyarul: Nyelvzavar a felnőttek és a gyermek között. In: Ferenczi Sándor: *Technikai írások*. Animula, Budapest, 2006, 102-112.]

nyilvános, kimondott vagy „értelmezett” a páciens előtt. Általánosan elfogadott, hogy a viszontáttétel teljes mezeje, annak hatása az analitikus munkára, annak technikai kezelése, stb. még javarészt ismeretlen és nem teljesen tisztázott. Azonban várható, hogy az az analitikus, aki képes előidézni és fenntartani intenzív áttételi atmoszférát, de nem törődik azzal, hogy figyelmet szenteljen a viszontáttételének páciensére gyakorolt hatására gyakrabban fog ESP-nek tűnő jelenségekkel találkozni (ceteris paribus*). Ez a gondolatmenet magyarázatul szolgálhat arra a visszatérő jelenségre, hogy néhány analitikus munkásságának korai éveiben találkozik ESP jelenségekkel, de később azonban nem.[7] A két fent említett védekező mechanizmus: a projekció (a páciens az, aki produkálja az ESP jelenséget) és az idealizáció (az ESP kiemelten érdekes, tudományos probléma, és nem érzelmi, nem szenvedés okozza) azért aktivizálódik, hogy elhárítsa annak a felismerését, hogy az ESP-nek tűnő jelenségek megjelenésében nagy szerepet játszik az analitikus ambivalens viszontáttétele.

III.

Amennyiben igazam van, valami hasonló történik általában a parapszichológiai kutatásban is. Mindenki, aki e területen dolgozik, egyetért abban, hogy a parapszichológiai jelenségek meghatározott körülmények közt jelentkeznek. De ez nem vonja feltétlenül maga után annak az elismerését is, hogy a kutató szerepet játszik a jelenség létrejöttében, vagyis viszontáttétele meglehetősen gyakran figyelmen kívül marad, így fenntarthatja a „foglalkozással járó képmutatás” homlokzatát. Hogy ez az atmoszféra fennmaradhasson, intenzív felhasználásra kerül a két fent említett elhárító mechanizmus, a projekció és az idealizáció.

A projekció segítségével kijelenthetjük, hogy az a kísérteties hatalom, amely a parapszichológiai jelenségeket létrehozza, nem bennünk, hétköz-

---

* Egyébként hasonló körülmények között (latin) (*A szerk.*).

[7] Servadio, aki olvasta ennek a dolgozatnak a kéziratát, rámutatott arra, hogy ennek a ténynek lehetséges egy másik magyarázata is, mégpedig az elfojtás. Az ESP jelenségek kétségtelenül zavaróak, és az évek múlásával néhány analitikus „bölcsebbé” válhat ezzel kapcsolatban, vagyis jobban megvédi magát az érzelmi bevonódástól ilyen esetekben, akár „szkotomizáció” formájában megnyilvánuló figyelmen kívül hagyással, akár úgy, hogy „udvarias” (de valójában csak elméletileg udvarias) hozzáállást tanúsít azokkal szemben.

napi, normális emberekben, hanem médiumokban, gyógyítókban, a vizekben, az erdőkben és barlangokban, vagy Isten kifürkészhetetlen kegyelmében lakozik. Mi, kutatók megkérdőjelezhetetlenül felmentést nyerünk, mivel mi csak tanulmányozzuk a jelenségeket, nem létrehozzuk azokat. Érdeklődésünk teljesen objektív, semmi köze érzelmeinkhez, az ösztönkésztetéseinkhez kapcsolódó megerősítésekhez, megoldatlan problémáinkhoz, személyes érintettségünkhöz.

Ezen felül – és itt lép be a másik elhárító mechanizmus, az idealizáció – a parapszichológiai jelenségek, különösen a nem hagyományos parapszichológiai gyógyítás, nagyon jótékonyak, vagy legalábbis teljesen ártalmatlanok. A két elhárító mechanizmus működése talán a lourdes-ihoz hasonló vallásos gyógyítások eseteivel demonstrálható leginkább. Ha kifürkészhetetlen természetfeletti erőkre, például Isten kegyelmére hivatkozunk, bármiféle emberi közreműködés kizárható, és a vallási vagy tudományos kutató „foglalkozással járó képmutatása" így háborítatlan maradhat. Mindazonáltal bűnérzései arra kényszerítik, hogy hiperobjektív attitűdöt tartson fent, irreálisan szigorú szabályokat igényelve. (Jól ismert, hogy jó néhány médium keveredett a kivetített ambivalencia eme ingoványába. Függőségükben a médiumok arra kényszerülnek, hogy egyre több és több szigorú feltételt fogadjanak el, amelyek végül olyan merevvé válnak, hogy már nem tudnak megfelelni nekik, így kétségbeesésükben trükkökhöz kell folyamodniuk.)

Ugyanez látszik Lourdes esetében is. Abbéli ambivalens igyekezetükben, hogy bebizonyítsák, miszerint minden kétséget kizáróan történnek valódi gyógyulások Lourdes-ban, a Bureau Medical-ban [Orvosi Hivatal] összegyűlő kutatók számos feltételt meghatároztak, amelynek teljesülnie kell, mielőtt bármely esetet valódi gyógyulásnak ismernének el. Először is pszichológiai és pszichiátriai esetek nem vehetők figyelembe. Az organikus eseteknek szigorú kritériumoknak kell megfelelniük, többek közt a következőknek: (1) a gyógyulás azonnali, (2) nincs felépülési idő, vagyis a betegségi állapot azonnali egészségi állapotba vált át, (3) az egészségi állapotnak állandónak kell lennie, és (4) a változásnak fizikai jelei legyenek.

Minden orvosilag képzett ember számára nyilvánvaló, hogy ezek a kritériumok erősen túlzóak, vagyis ambivalensen idealizáltak. Nagyon ősi és mély emberi vágyakkal állnak összhangban, a realitással azonban semmiféleképp. Ha valódi esetekben akarnánk alkalmazni azokat, szükséges volna a legkülönfélébb engedményeket tennünk, és tolerálnunk kellene a felmerülő kifogásokat. Az első két kritériumot figyelmen kívül hagyva

nyilvánvaló, hogy a harmadik, az „egészség folyamatos fennállása" nem található meg a valóságban. Eltekintve minden másfajta változástól, mindenki öregszik és végül meghal. Így az „egészség folyamatos jelenléte" sosem lehet folyamatos. Ezen felül, amennyire én tudom, csak néhány lourdes-i esetben történt megfelelő után követés. Manapság a gyógyászatban a minimálisan elfogadható utánkövetéses periódus krónikus betegségek esetében öt, ha lehetséges, akkor inkább tíz év. Valójában nemigen van olyan lourdes-i eset, amelyet orvosi szempontból ilyen hosszú időn keresztül követtek volna. Végül pedig az a kritérium, hogy fizikai változásnak kell bekövetkeznie, mind elméletileg, mind pedig gyakorlati szempontból erősen félreérthető. A lejegyzett és publikált esetek nyilvánvaló típusai közül igazából egyetlen sincs, amelyben az igazi testi változás ténye félreérthetetlenül alátámasztott volna, mint például egy többszörös törés összeforradása, mindkét stádiumban rögzített röntgenképekkel. A leírt esetek durván három osztályba sorolhatók: (a) pszichoszomatikus betegségek, (b) lassan kifejlődő tumorok, (c) krónikus, cselekvésképtelenséggel járó állapotok. Amint az jól ismert a gyógyászatban, e háromfajta betegség esetén bekövetkezhetnek hirtelen testi változások normál orvosi kezelés esetén, sőt spontán módon is.

Amennyiben el is fogadjuk, hogy a publikált lourdes-i esetek teljes mértékben hitelesek, akkor is megmarad a számok kellemetlen problémája. Dr. Leuret, a lourdes-i Orvosi Bizottság elnöke[8] szerint, akinek felszólalását volt szerencsém hallani a Nem-hagyományos Gyógymódok Nemzetközi Konferenciáján 1954 áprilisában, a hitelesített lourdes-i gyógyulások száma a forrás első használatától napjainkig negyvenkilenc. Emellett azonban sok egyéb, nem csoda-jellegű gyógyulás is előfordul a nevezett helyen, amelyek azonban Dr. Leuret szerint orvostudományilag magyarázhatók. Ha ezeket is figyelembe vesszük, akkor lehetetlen megmondani, hogy ezeken belül mekkora számban fordultak elő hiteles gyógyulások, azt pedig még kevésbé, hogy hány száz zarándok állapota maradt változatlan, vagy fordult akár rosszabbra.

Mielőtt megtárgyalnánk ezt a furcsa helyzetet, szeretnék még hozzáfűzni egy olyan tényt, amit szinte sohasem említenek. Ezek a megmagyarázhatatlan, majdhogynem csodálatos gyógyulások időnként a hétköznapi

[8] Dr. Leuret néhány nappal hozzászólása után bekövetkezett hirtelen halála tragikus veszteséget okozott a parapszichológiai kutatás számára.

orvosi gyakorlatban is előfordulnak. Gyakorlatilag minden valamirevaló orvos be tud számolni néhány esetről, amelyben a páciens állapota megmagyarázhatatlan módon javult, talán a felépülés is bekövetkezett, és az eredmény hosszú ideig, néha akár évekig fent maradt, hasonlóan az egészség Lourdes esetében leírt „folyamatos jelenlétéhez". Meglepő módon soha senki sem gyűjtötte össze ezeket az eseteket, vagy végzett azzal kapcsolatos megfelelő kutatást. Ezeket általában mintegy mellékesen említik meg az orvosi sajtóban, mint zavarba ejtő kuriózumokat. Egy további hasonlóság, hogy ugyanabba a kategóriába tartoznak, mint a lourdes-i negyvenkilenc hitelesített gyógyulás: vagyis vagy pszichoszomatikus betegségek, vagy lassan fejlődő daganatok és krónikus, cselekvésképtelenséggel járó állapotok.

Itt most valóban egy kísérteties problémával állunk szemben. Vajon miért van az, hogy bizonyos páciensek – bár minden azt sugallja, hogy állapotuk rosszabbodni fog, és krónikusan rokkanttá válnak vagy akár el is hunyhatnak – váratlanul felgyógyulnak? Ezekben a kedvező esetekben a betegség természete és a felépülés formája egy és ugyanaz, függetlenül attól, hogy professzionális orvosi vagy parapszichológiai kezelést kapnak-e, Isten kegyelmében részesülnek, vagy éppen semmi külső hatás nem éri őket.

Való igaz, hogy a felépülés ritkán teljes, és a szakszerű és alapos orvosi vizsgálat nyomán általában kimutatható, hogy a korábbi betegség nem szűnt meg teljesen. Az is igaz, hogy az esetek egy részében rövidebb vagy akár hosszabb idő után visszaesés következik be. A tény azonban tény marad, miszerint a szenvedő páciens jelentős segítségben részesült, fájdalmai csökkentek, testi funkciói javultak, és az élethez való egész hozzáállása az átlagemberéhez hasonlóvá vált. Az ilyesfajta váratlan felépülés valóban félelmetes és kísérteties, mivel mi, orvosok és kutatók nem tudhatjuk, hogy a felépülés vajon nekünk köszönhető-e vagy valami befolyásolhatatlan erőnek. Az utóbbi esetben az a további nyugtalanító kérdés merül fel, hogy a páciens kezelésére irányuló erőfeszítéseink vajon segítették-e a folyamatot, vagy inkább akadályozták.

A régi mondás úgy tartja, „Contra vim mortis non est medicamen in hortis" *, és bár a gyógynövények mellett ma már kémiai laboratórium és sebészkés is áll a rendelkezésünkre, a krónikus betegségek igazi gyógyulása

* A halál ereje ellen nincs orvosság a kertekben. (latin mondás) (*A szerk.*)

általában nem a mi befolyásunk alatt áll. Ugyanazzal a helyzettel állunk szemben, amely minden valószínűség szerint a telepátiás jelenséget is létrehozza az analízis során. Egyrészt ott a páciens a maga jól megalapozott szorongásai és halálfélelme szorításában, amit általában testi fájdalom is kísér, másrészt ott az orvos, arra kényszerülve, hogy úgy tegyen, mintha képes volna segíteni rajta. Az orvos tudja, hogy művészetének hatalma korlátozott, de jó oka van arra, hogy ezt ne említse páciensének, hogy fenntartsa „foglalkozással járó képmutatását". Nagyon valószínű, hogy ez a görcsös, ambivalens és bizonytalan helyzet egyes tehetséges embereket képessé tesz arra – amint az analízis során megfigyelt telepátiás jelenségek esetében láttuk –, hogy a helyzetet „parapszichológiai" módon oldják meg.

Elképzelhető, hogy a parapszichológiai jelenségek eredményes tanulmányozása érdekében nem a szubjektum befogadó, és a gyógyító illetve a közvetítő befolyásoló erejére kellene koncentrálnunk, hanem arra az erőre, amely kölcsönös kapcsolatukban gyökerezik. Ha a pszichoanalitikus kezelés során szerzett tapasztalataim általánosságban megfelelnek ezeknek a feltételeknek, akkor számítanunk kell arra, hogy erősen ambivalens és feszült helyzetekkel fogunk találkozni, amelyeket mindkét oldalról reakcióképzésekkel, elsősorban projekcióval és idealizációval leplezünk.

Nem nehéz belátni, hogy a minkét fél részéről összekapcsolódó reakcióképzésekkel leplezett, erősen ambivalens kapcsolat nem teremt túlságosan kedvező körülményeket a kutatás számára. De teljes mértékben lemondani ezekről a védekezésekről nehéz feladat mind a páciens, mind az orvos vagy gyógyító számára. Valószínűleg nekünk, analitikusoknak el kell fogadnunk, hogy úttörő munkát végzünk ezen a területen, mivel már van némi tapasztalatunk azzal kapcsolatban, hogy mit is jelent tudatossá tenni a védekezéseket. Ha sikeresen lemondunk a foglalkozással járó képmutatásról, a projekcióról és az idealizációról, amely a parapszichológiai jelenségeket körbeveszi, akkor talán meg tudunk birkózni az emögött meghúzódó tényleges problémával, vagyis azzal, hogy mi is az ESP valódi természete és funkciója.

Kőváry Zoltán fordítása

BÁLINT ÉS A PSZICHOSZOMATIKA

Tárgykapcsolati elvek a testi tünetek kezelésében

Csabai Márta

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

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

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

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

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

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

Pszichoszomatikus mechanizmusok értelmezése bálinti keretben

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Terapeuta és páciens közös élménymegélése a betegség során

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IRODALOM

Bálint Mihály (1926): A pszichoterápiáról a gyakorló orvos számára. *Terápia* (Budapest), 5:148-173.

Bálint Mihály (1932): A jellemanalízis és az újrakezdés. In: *Lélekelemzési tanulmányok. Dolgozatok a pszichoanalízis főbb kérdéseiről.* Somló Béla könyvkiadó, Bp. 1933, 65-79. [Reprint-kiadása: Párbeszéd és T-Twins Kiadó, Bp. 1993.] Legújabban in: Bálint M. 1999, 9-24.

Bálint Mihály (1933): Az érzelemátvitelről. In: Bálint M. 1999, 25-37.

Bálint Mihály (1949): A terápiás célok és technikák alakulása a pszichoanalízisben. In: Bálint M. 1999, 70-84.

Bálint Mihály (1957): *Az orvos, a betege és a betegség.* Animula, Bp. 2006.

Bálint Mihály (1959): *A borzongások és regressziók világa.* Animula, Bp. 1997.

Balint, Michael (1963): The malignant and the benign form of regression. *Bulletin of the Association of Psycho-Analytic Medicine*, 3/2:20-28. Magyarul: A regresszió jó- és rosszindulatú formái. In: *Az őstörés.* Akadémiai Kiadó, Bp. 1994, 110-146.

Bálint Mihály (1968): *Az őstörés. A regresszió terápiás vonatkozásai.* Akadémiai Kiadó, Bp. 1994.

Balint, Michael (1971): The family doctor and the patient's secrets. *Psychiatry in Medicine*, 2:98-107.

Bálint Mihály (1999): *Elsődleges szeretet és pszichoanalitikus technika II.* Animula, Bp.

Bálint Mihály–Bálint Alice (1939): Az átvitelről és a viszontátvitelről. In: Bálint M. 1999, 62-69.

Balint, Enid–Norell, Jack (1973): *Six Minutes for the Patient*: *Interactions in General Practice Consultation*. Tavistock Publications, London

Bronheim, Harold (1996): Psychotherapy of the Medically Ill: The Role of Object Relation. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 24:515-525.

Bucci, Wilma (1997): *Psychoanalysis and Cognitive Science*: *Multiple Code Theory.* Guilford Press, New York.

Csabai Márta (2007): *Tünetvándorlás. A hisztériától a krónikus fáradtságig.* Jószöveg Műhely Kiadó, Bp.

Engel, George L. (1975): The death of a twin: mourning and anniversary reactions. Fragments of 10 years of self-analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 56:23-40.

Green, André (1997): *On Private Madness.* Karnac Books, London.

Harmathy Éva – Lajtai László (2001): Bálint Mihály hagyatéka. In: Füredi János, Németh Attila és Tariska Péter (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. 2. kiadás, Medicina Könyvkiadó, Bp.

Haynal André (1996): *Viták a pszichoanalízisben. Freud, Ferenczi, Bálint*. Cserépfalvi, Bp.

Küchenhoff, Joachim (1998): The Body and the Ego Boundaries: A Case Study on Psychoanalytic Therapy With Psychosomatic Patients. *Psychoanalytic Inquiry*, 18:368-382.

Langewitz, Wolf (2007): Beyond content-analysis and nonverbal behavior – What about atmosphere? A phenomenological approach. *Patient Education and Counseling*, 67(3):319-323.

Lipowski, Zbigniew J. (1977): Psychosomatic medicine in the seventies: an overview. *American Journal of Psychiatry,* 134: 233-244.

Manolopoulos, S. (2006): Early traumas of psychosomatic patients. Splitting and integration. *International Congress Series,* Vol. 1286: 81-86.

Marty, Pierre (1976): *Les Movements individuels de vie et de mort*. Payot, Paris

Marty, Pierre–de M'Uzan, Michel (1963): La 'pensée opératoire'. *Revue Française de Psychanalyse*. 27 (Supplement) 345-356.

McDougall, Joyce (1989): *Theaters of the Body.* Norton, New York.

Redfearn, Joe (2000): Possible psychosomatic hazards to the therapist: Patients as selfobjects. *Journal of Analytical Psychology*, 45:177-194.

Stephanos, Samir (1980): Analytical Psychosomatics in Internal Medicine. *International Review of Psycho-Analysis*, 7:219-232.

Stephanos, Samir (1982): The Contribution of Psychoanalytic Object Theory to Psychosomatic Medicine. *Annales of Psychoanalysis*, 10:187-204.

Stephanos, Samir 1975 A concept of analytical treatment for patients with psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics,* 26(3):178-187.

Stewart, Harold (1996): *Michael Balint. Object Relations Pure and Applied*. Routledge, London.

Winnicott, D. W. (1953): Transitional objects and transitional phenomena *International Journal of Psychoanalysis,* 34:89-97. Magyarul: Átmeneti tárgyak és átmeneti jelenségek. In: Uő.: *Játszás és valóság.* Animula, Bp. 1999.

Winnicott, D. W. (1965): *The Maturational Process and the Facilitating Environment*. Hogarth Press, London.

BÁLINT, FERENCZI MUNKÁSSÁGÁNAK TOVÁBBVIVŐJE

Haynal André

Írásomban szeretném felvázolni azt a folytonosságot, amely Ferenczi gondolkodását és Bálint munkásságát nézetem szerint összeköti. Nem hiszem, hogy Bálint ne lett volna önálló gondolkodó, és azt sem, hogy *a szó szoros értelmében* Ferenczi „tanítványa" lett volna. Nyilvánvaló, hogy nem erről van szó. Bálintot – az első időkben a magyar pszichoanalitikus társadalom és a Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület, később pedig az akkoriban „független" csoportnak is nevezett brit „középső csoport" (middle group) tagjaként – a pszichoanalízis kiemelkedő képviselőjének tartom. Mindazonáltal gondolkodásmódja nyilvánvaló folytatása Ferenczinek, a Ferenczi által felvetett eredeti gondolatok nyomán halad. Olyan területeken is fel fogom hívni a figyelmet erre a folytonosságra, ahol az kevésbé nyilvánvaló, nehezebben megragadható.

Az általános orvoslás pszichológiai aspektusai iránt Ferenczi már a Freuddal való találkozása előtt érdeklődött; több cikke jelent meg e témában (Lorin 1983; Mészáros 1999). Az egyik legutolsó ilyen tanulmánya, az 1933-ban publikált „Freud hatása az orvostudományra" című írás (Ferenczi 1933), átfogó összefoglalása mindannak, amivel Freud az orvostudományt gazdagította. A posztumusz publikációk között fedezhetjük fel „A pszichoanalízis a gyakorló orvos szolgálatában" című jegyzetet (Ferenczi 1936). Ferenczi folyamatosan kutatott hatékony módszerek után: „Idézhetünk itt néhány érdekes kísérletet, ami azzal a reménnyel kecsegtet, hogy a rendszeres pszichoanalitikus megfigyelésnek köszönhetően bizonyos szervi betegségek kimenetele kedvezőbb lesz." (uo.). Felfigyelt rá, hogy „az orvos személyisége gyakran nagyobb hatással van a betegre, mint a felírt gyógyszer" (uo.). Ez a megfigyelés lett a kiindulópontja a Bálint által bevezetett orvosképzésnek.

Ferenczit erősen foglalkoztatta a kérdés, hogy az orvosok pszichológiája milyen módon hat a betegekre. „A pszichoanalízis megköveteli az orvostól, hogy fáradhatatlanul fogékony legyen a gondolatok, érzések és a beteg lelke

mélyén zajló tudattalan folyamatok között fennálló kapocsok iránt. Az orvos akkor tud megfelelni ennek a követelménynek, ha hajlékony és rugalmas pszichével rendelkezik, ami viszont csak úgy érhető el, ha maga is átesett analízisen. Hogyan szerezhet az orvostanhallgató ilyen alapos önismeretet? Nehéz erre a kérdésre válaszolni." (Ferenczi 1933, 123.).

Bálint válaszképpen a magyar pszichoanalitikus képzés elvein alapuló „kiképző és kutatócsoportokat" szervezett általános orvosok számára. A berlini pszichoanalitikus intézetben kifejlesztett „hármas" alapú képzés rendszere előtt a budapesti iskola nem tett szigorú különbséget a képzés három formája (saját analízis, szemináriumok és szupervízió) között. Ilyenformán a magyar analitikus-jelöltek a saját analízisük közben szabadon asszociálhattak a náluk kezelésben lévő esetekről. Ebből a gyakorlatból kiindulva Bálint lehetségesnek tartott az általános orvosoknál egy „korlátozott, de mégis számottevő személyiségváltozást" (Bálint 1961a, 1231.) eredményező képzést, amely egyúttal az orvos-beteg kapcsolat jobb megértéséhez is hozzájárulna. Bálint abból a feltevésből indult ki, hogy valamennyi érzés, amelyet a beteg a kezelése során az orvosában kelt, a betegsége tünetének tekinthető. Az orvosi gyakorlatba általa bevezetett módszerekkel, az orvos és a beteg tudattalanjának felhasználásával feltárult az orvos-beteg kommunikáció – a kérdés és a válasz – valódi értelme.

Idevonatkozó munkái nagy részét (leszámítva 1926-os előfutár-írásait: Bálint 1926a és 1926b) Bálint az 1955-ben publikált „Az orvos, a betege és a betegség" című írásában (Bálint 1955b) mutatta be. Cikkének kibővített változata 1957-ben megjelent könyv alakban, azonos címmel (Bálint 1957). Az 1955-ös cikk az orvosra fókuszál, az orvos „apostoli küldetéséről" beszél, arról a szerepről, amit utóbbi az orvosi beavatkozásokkal és azzal, amit mond, beleértve a közlés pillanatát és módját is, betölt.

Korai volna végleges mérleget vonni az Európában széles körben elterjedt Bálint-csoportokról, de úgy tűnik, hogy Bálintnak az az álma, hogy az orvosképzésbe behozza általa a pszichológiai dimenziót, csak részben valósult meg. Mellesleg, Freud álma sem jutott sokkal jobb sorsra: joggal kérdezhetjük, hogy vajon az analitikusok kihozták-e a maximumot Freud gondolataiból, például az analízis terápiás értéke vonatkozásában is. Bár a Bálint által javasolt képzés az általános orvosok egy részének számára lehetővé teszi, hogy személyes motívációikat és az orvos-beteg kapcsolat dinamikáját jobban megértsék, be kell ismerni, hogy a módszer magában hordozza az eredeti célkitűzéstől való eltérés veszélyét is; a Bálint-csoport sajátélmény-csoporttá, a rövid dinamikus pszichoterápiás csoport társadalmi változatává alakulhat.

Miután az pszichoanalízis megalkotta a pszichoanalitikus helyzetet, Bálint létrehozta azt a teret, ahol az orvos az analitikussal találkozhat. Úgy gondolta, hogy a nem analitikusok vezette csoportok nem jutnának ugyanarra az eredményre. Bálint tudományos gondolkodó volt. Távol állt tőle a dogmatizmus, és éppen ez tette lehetővé, hogy megkísérelje a pszichoanalitikus gondolkodást a tudományos orvoslás hagyományába integrálni.

Miért kell az orvosi gondolkodásmódot a pszichoanalitikus szemlélettel kibővíteni? Első gondolatunk az lehet, hogy a pszichoanalízis nyilvánvalóan hozzájárulhat az orvosi gyakorlat megújulásához. Napvilágot látott olyan értelmezés is, miszerint Bálint Mihály – tudatosan vagy tudattalanul – meg akarta mutatni az apjának, hogyan kell az orvosi működést gyakorolni... Számomra úgy tűnik, hogy ez a kérdés lehatol egészen a keretek problémájáig, amelyet Ferenczi, legalábbis első látásra, szinte teljesen figyelmen kívül hagyott. R.N.-t (nőbetegét) naponta többször is látta, és mikor R.N. beteg volt, elment a lakására – ahogy azt egyébként Freud is tette a praxisa kezdetén. Mindazonáltal hiba volna túl gyorsan arra a következtetésre jutni, hogy a keretek kérdése fel sem merült. Úgy gondolom, hogy Ferenczi szerint a keret lehet rugalmas, esetleg változó, igazodhat az egyedi gyakorlathoz és nem szükséges egyetlen merev megfontolásra korlátozni. Azok a „setting"-ek, amelyekben egyfelől a fókuszterápia, másfelől az orvos-csoportok zajlanak, jelentősen különböznek a klasszikusnak nevezett pszichoanalitikus settingtől. Utóbbi kereteit Freud (1912) a múlt század tízes éveiben a híressé vált *Tanácsok a gyakorló analitikus számára* című művében fektette le, hosszas kísérletezés, és tegyük hozzá, egyfajta szabadabb gyakorlat után. Történelmi tény, hogy a kereteket ő maga kodifikálta. Felmerül a kérdés, hogy vajon mely tényezők késztették Freudot a keretek szabályozására, arra, hogy gyakorlatilag kötelezővé tegye az ismert settinget. Minden bizonnyal a viszontáttételből eredő problémákról volt szó. Ilyen problémákat vetett fel Sabina Spielrein és Carl Gustav Jung, Pálos Elma és Ferenczi, de Otto Gross és Jung kapcsolata, továbbá sok más hasonló kapcsolat is. Másképp fogalmazva, szükség volt valamiféle védőkorlátra a viszontáttétellel szemben. Ha viszont sokkal nyíltabban, explicite kezeljük a viszontáttétet, úgy ahogy azt Ferenczi tette a *Klinikai napló*ban (Ferenczi 1932), akkor csökken a merev keret fontossága. Nem lesz rá akkora szükség. Egyedül a probléma nyílt kezelése szükséges. Ferenczinek (aki a *Klinikai napló*ban leírja páciensei kezelését) a betegeivel szembeni attitűdje és az általános orvosokat megszólító vagy a fókuszterápiával kísérletező Bálint attitűdje között folytonosság mutatkozik. A magyar pszichoanalitikusok képzési formája

meghatározó szerepet játszott az általános orvosok számára létrehozott csoportok munkamódszerének és a rövid pszichoterápiának a kialakításában; a háttérben Ferenczi figurája és az analitikus díványon zajló szupervíziók sejthetők. Másképpen szólva olyan analízisről van szó, amely explicite nem a klasszikus pszichoanalitikus kezelés kereteihez alkalmazkodik.

A Freud és Ferenczi közötti nézeteltérésnek két sarkalatos pontja van. Az első az áttétel jelentősége. Ferenczi úgy vélte, hogy valamennyi klinikai tünet és az átélt analitikus helyzet egésze az áttételhez köthető, tehát a múlt ismétlésének felel meg. A második pont arra vonatkozik, amit Ferenczi 1909-ben értett meg: az áttételben „a neurotikus örökösen oly tárgyak után kutat, melyekkel azonosíthassa magát, melyekre érzelmeket vihessen át; vagyis minél több dolgot bevon érdeklődésének körébe..." (Ferenczi 1909, 63. sk.). Ez az eltúlzott, hatalmas vágy, ez a függőség és a „pszichoneurotikus kórosan tágult »én«-je" (Ferenczi uo.) közvetlenül a szülői hiányosságok és a traumák hatására alakul ki. Itt tartott a vita, amikor Ferenczi meghalt.

Ferenczi és Freud konfliktusa eredetileg személyes nézeteltérés volt, később azonban lassan átterjedt a pszichoanalitikus mozgalmat irányító „titkos bizottságra", és a kor legbefolyásosabb pszichoanalitikusait egyre nagyobb számban érintette. Bálint vitathatatlanul jobb diplomata volt, mint Ferenczi. Ez részben annak volt köszönhető, hogy talán Bálintot közvetlenül nem érintette a konfliktus. Igaz, hogy Ferenczi világosan észlelte az intézményeken belüli konfliktusokat – vagy az ő terminusával élve az egyesületek patológiáját –, mégis viszonylag idealista maradt. Azt remélte, hogy pszichoanalitikusok között másként alakulnak majd a dolgok. A személyes konfliktusok azonban egyre csak szaporodtak (vegyük például a Karl Abraham, Ernest Jones és Ferenczi közötti rivalizálást). Ebbe Freud is bevonódott, ítéletet alkotott, mégpedig meglehetősen vitatható módon, például amikor azt írja Abrahamnak: „Bár a földrajzi közelség hatására személyes kapcsolatom Rankkal és Ferenczivel intimebbé vált, bizonyos lehet benne, hogy Önt a barátság és a megbecsülés terén velük azonos magasságba helyezem." (Freud 1924. márcuis 4-i, Abrahamhoz írott levele, Freud/Abraham 1965, 357.). Majd azzal az ajánlással folytatja, hogy a nézeteltéréseknek a mozgalom egészére gyakorolt hatását nem kell túlbecsülni. „A legnagyobb békességben meg tudunk férni egy tető alatt..." (uo. 358.).

Később feszültség keletkezett az első hivatalos pszichoanalitikus képzőhely, a berlini intézet, valamint Bécs és Budapest között. Freud maga egyáltalán nem volt meggyőződve róla, hogy a berlini szisztematikus kiképzőmodell volna az ideális megoldás (Sterba 1982). A budapesti képzés kevésbé

volt strukturált, és ebben minden bizonnyal tükröződik a budapestiek individualistább, markánsabb temperamentuma. Ferenczi és később Bálint (még londoni letelepedését követően is) mindent megtett annak érdekében, hogy a sajátanalízis ne váljon ketté a kezdeti szupervíziótól. Budapesten bevett szabály volt, hogy az analitikus-jelölt első esetének szupervízora a saját analitikusa legyen: beszédes példa ez a képzésbeli különbségekre.

Az 1920-as évek folyamán minden nagyváros kidolgozta a maga megoldását: Londonban ez Jones, majd egyre inkább Melanie Klein befolyása alatt történt; a klasszikussá váló berlini modell átterjedt az Egyesült Államokra; Budapesten fennmaradt egy látszólag rugalmasabb, nem erősen szabályozott képzés.

Ferenczi 1933-ban bekövetkezett halálakor Bálint már jelentős szerepet töltött be az analitikus színtéren. Később, tapintatosságának köszönhetően részt vett a fontosabb eszmecserékben, miközben tudatában volt annak is, hogy marginális csoporthoz tartozik.[1] Bálint keményen elutasította Jonesnak a Ferenczi betegségével és halálával kapcsolatos feltételezéseit[2]; ez volt az egyik olyan incidens, amely nagyban hozzájárult a konfliktusok nyílttá válásához.

Ferenczinek és Bálintnak valószínűleg meggyőződése volt, hogy munkájuk Freud alapvető felfedezéseinek nyomdokán halad. Ugyancsak tudatában voltak annak, hogy milyen nehéz az uralkodó pszichoanalitikus elmélettel szembenálló alternatívákat javasolni és elfogadtatni. Ferenczi könnyen érezte úgy, hogy elutasítják, és jobban félt a szeretet elvesztésétől. Bálint diplomatikusan védte állásfoglalását, miközben – a korabeli közép-európai generációra jellemzően – megadta a tiszteletet az idősebbeknek és a tekintélyszemélyeknek. Több erőforrással rendelkezett, mint Ferenczi: megingathatatlan meggyőződése volt, hogy igaza van és jogában áll megvédeni az elképzeléseit.

Bálint Ferenczi iránt tanusított lojalitása minden próbát kiállt. Szilárdan hite, hogy Ferenczi égbekiáltó igazságtalanság áldozata lett. Azt sem titkolta, mennyire kötődik mesteréhez. 1961-ben, egy kollégák előtt tartott

---

[1] Bálint a következőket mondja Searles-ről, Winnicottról, Little-ről és Khanról: „A felsorolt pszichoanalitikusok – magamat is beleértve – a peremen helyezkednek el, s nem a »klasszikus« kemény magban. Ismernek és megtűrnek, talán még olvasnak is bennünket, de egyáltalán nem idéznek tőlünk." (Bálint 1968, magyar kiadás: 1994, 144).

[2] Lásd Carlo Bonomi cikkét a *Coq-Héron* 154. számában (Bonomi 1999).

beszédében humorral utalt „feloldatlan áttételére". (Bálint 1961b, 162.). Előadásában később megismétli ezt a kijelentését, amikor „feloldatlan áttételem újabb jelé"-ről beszél. (uo. 164.). De még ennél a közép-európai öniróniánál is erősebb volt az a meggyőződése, hogy Ferenczi elképzelései olyan alapos megfigyeléseken alapulnak, amelyekből a pszichoanalitikus közösség nagy hasznot húzhat. Bálint a haszonból munkássága során ki is vette a maga részét.

A metapszichológia tudományos és ismeretelméleti keretei folyvást változtak a pszichoanalízis története során. Ennél fogva minden elméletalkotónak ki kell térnie arra, hogy hogyan viszonyul a metapszichológiai hagyományhoz. Bálint új kulturális kontextusban, Ferenczi és saját tapasztalatainak a fényében gondolta újra át a metapszichológiát. Hozzá kívánt járulni az általa egyértelműen tudománynak tekintett diszciplína fejlődéséhez, nem akarta azt feláldozni egy pusztán empirikus megközelítés oltárán vagy megelégedni egy leegyszerűsített változattal. Bálint a freudi hagyományokhoz híven, Freud elméletének keretein belül maradva kívánt dolgozni; ez különbözteti meg Fairbairntől, aki Melanie Klein nyomdokába lépve új elméleti keretet akart adni a pszichoanalízisnek. Bálint munkássága mindenekelőtt egy pszichoanalitikus gondolkodó műve. Független gondolkodása – melynek gyökerei, mint említettem, Ferenczihez nyúlnak vissza – túllép Freud iránti hajthatatlan lojalitásán. Bálint nem csak Ferenczi tanítványa volt, Bálint továbbvitte és kiteljesítette Ferenczi munkásságát. Szenvedélyesen foglalkoztatta a pszichoanalitikus gyakorlat. Bátran felvetett kényes kérdéseket is, mint például a pszichoanalitikus praxisnak magukra az analitikusokra gyakorolt hatása (a viszontáttétel). Munkássága kilép a szűkebb értelemben vett pszichoanalitikus mezőből – ez is Ferenczi öröksége –, például az orvosokkal folytatott csoportmegbeszélések során. Megpróbálta a pszichoanalitikus gondolkodást más területeken is, például a gyerekek és a testi betegek kezelésében alkalmazni. Bálint előfutára volt mindazoknak, akik úgy gondolkodnak, hogy Freud átható megfigyeléseit nem kell féltve őrizni az elit számára, ez a tudás át kell hassa korunk kulturális tevékenységét és az emberi kapcsolatokat.

Mindvégig megőrizte érdeklődését a pszichoanalitikus elmélet alapjai iránt, és fontosnak tartotta az egyensúlyt a biológia és a társadalomtudományok hozzájárulása között. A Russell Jacoby által megjelentetett Bálint-Fenichel levelezésből kiderül, hogy Bálint, csakúgy mint Ferenczi, az úgynevezett „freudi baloldalhoz" (Jacoby 1983) vonzódott. Bálint leveleiből kitűnik, mennyire értékelte, hogy Reich, Fenichel és mások hangsúlyozzák a

társadalmi tényezőknek az emberiség fejlődésében játszott szerepét. Kezdettől fogva élénken foglalkoztatta ez a téma, amit hosszasan vitatott első feleségével, Bálint Alice-szal és Róheim Gézával, aki kollégája és barátja volt.

A természettudományos képzettségű Bálint – „az orvostudományon nevelkedtem, és elfogultan ragaszkodtam a szigorú tudományos módszerhez" (Bálint 1952/1999, 7.) – megkülönböztetett figyelmet szentelt a módszertani kérdéseknek. Egyebek mellett kiemelten érdekelte a pszichoanalitikus elméletek fejlődéstörténete. Igyekezett megérteni és világossá tenni a nézeteltérések miértjét, megragadni az elméleti divergenciák történeti okait, „visszavezetni az elméleti építmények különbségeit a különböző nézőpontokra, vélekedésekre és az eltérő kifejezések használatára" (Bálint 1937/1999, 89.)[3].

Bálintot is jellemezte a nagy pszichoanalitikus kutatók közös vonása: képes volt felülemelkedni a tabukon. A nagy pszichoanalitikus felfedezések mindig ellenállások, sőt, időnként kollektív ellenállások legyőzése révén születtek. Bálintot veleszületett kíváncsisága segítette a megismerés határainak kitágításában, ami egyébként minden tudományos felfedezés és intellektuális kaland nélkülözhetetlen feltétele.

Bálint, bár szeretett óvatosan fogalmazni, több elméletet is megkérdőjelezett, de ezt csakis szigorú vizsgálat után tette. Megkérdőjelezte például a nárcizmus koncepcióját, utat nyitva ezáltal egyfelől Kohut felfogása, másfelől Lacan „tükörstádium"-fogalma előtt. Az ösztönök Abraham szerinti besorolását „merev"-nek minősítette, a libidó pregenitális szerveződésének (Bálint 1937) megközelítésére a rugalmasabb meggondolásokat részesítette előnyben. Egyetlen tollvonással törölt el olyan bevett egyenlőségjeleket, mint az „aktív = férfias", „passzív = nőies" azonosítások (Bálint 1936/1999, 77.). Foglalkoztatta az is, hogyan öltenek testet a pszichoanalitikus koncepciók, nevezetesen a regresszióról írt művében (Bálint 1959). Írt a pszichoanalitikus nyelvezet problémáiról (uo.), és kimondta a rekonstrukcióval és az értelmezéssel kapcsolatban implicite felmerülő kérdéseket. Új perspektívákat nyitott a kiképzés jobb megértéséhez is (Bálint 1953).

Az emberi természet különböző aspektusainak kutatása során Bálint a tapasztalatot az elméleti absztrakciók fölé helyezte. A szexualitásról szóló tanulmánya elsősorban a valós életet, Erószt mint tapasztalatot tárgyalja.

---

[3] Bálint ironikusan megjegyzi, hogy a „lelki állapotok lényegében nem mások Londonban, mint Budapesten vagy Bécsben. ...a különböző kutatók más-más megfigyelési pontokból indulnak ki, és némileg eltérő kifejezéseket használnak." (Bálint 1937/1999, 89.)

Részt vett a perverzió, az elhatalmasodó szexuális fantáziák, a megjelenő erős vágyak és félelmek koncepcióinak megértésében. Rámutatott, hogy a „részösztönök" fogalmának használata értékítéletekhez vezethet, és hangsúlyozta, hogy a teljes integráció állapota a valóságban igen ritka. A „genitális szerelem" (Bálint 1947) felettes-én elemekkel színezett koncepciójának megokolása bizonyítja Bálint kritikájának éleslátását. Bálint több területen betöltött újító szerepét sokszor nem ismerik el eléggé, aminek oka talán csendes és diszkrét jelenléte, vagy az lehetett, hogy vonakodott az iskolaalapítástól, s mint láttuk, tudatában volt marginális helyzetének egy alapjában konzervatív szervezetben, a pszichoanalitikusok nemzetközi egyesületében (IPA).

Egy cikkében Bálint (1956b) rendkívüli alapossággal tanulmányozta Fairbairnnek azt a tézisét, miszerint a libidó kezdetben sokkal inkább a tárgy („object-seeking"), semmint az öröm keresése („pleasure-seeking"). Bálint rámutat, hogy ez az új megfogalmazás egyszerűen a „libidó" szó – ami igen távol áll az angol *Lust*tól – mesterséges jellege miatt jelent meg. Munkáiban rendszeresen folytat etimológiai fonalakat, vizsgálja a különböző terminusok árnyalatait, jelentéseit. Gyakran fogalmaz meg, úgy „mellesleg", igen jelentős szempontokat, például amikor megjegyzi, hogy az analitikus helyzet nem azonos a gyerekkori helyzettel: az anya jutalmazóbb, az analitikus frusztrálóbb, olyannyira, hogy nem lehet automatikusan összehasonlítani az infantilis helyzetet az analitikus helyzettel; vagy amikor megjegyzi, hogy új pszichológiai jelenségek leírásakor elengedhetetlen beszámolni az adott helyzetben a megfigyelés pillanatában fennálló érzelmi klímáról és feszültségekről. Aláhúzta azt a tényt, hogy „a gyermek *önmagában* nem létezik" (Bálint 1956b, In: 1956a, 287.); leírta azokat a pregenitális örömöket is, amelyeket az analitikus helyzet nyújt azáltal, hogy „lehetőséget ad a betegnek arra, hogy teljesen szabadon fejezze ki magát. A kényelmes dívány és a jól fűtött helyiség stb. kellemesen meleg és barátságos biztonságérzetet nyújtanak a páciensnek és azt a, valljuk be, egyedülálló, örömteli érzést, hogy analitikusa ott van mellette, és jóindulattal és együttérzéssel hallgatja a személyes feltárulkozást..." (Bálint 1956b, In: 1956a, 286.).[4]

Ebben az igen érzékeny szférában, ahol mindenekelőtt emberi melegségre van szükség és amivel a brillírozó demonstrációk nem férnek össze, Bálint eredeti és mély gondolatai negatív és ellenséges reakciókat is keltettek. Mindezzel együtt abban mára teljes az egyetértés, hogy „Bálint vitathatat-

[4] Megtörténik, hogy ezeket a gondolatokat kizárólag Winnicottnak tulajdonítják.

lanul előfutár (...) azon az úton, amelyet a mai analitikusok túlnyomó többsége követ. Ennek az útnak első állomása, hogy felismerjük az analitikusnak az analitikus helyzetben játszott szerepét és ezáltal az analitikus folyamatot nem a múlt ismétléseként – ehhez az értelmezés elégséges volna –, hanem inkább alkotásként definiáljuk, ami azt is megköveteli, hogy elismerjük azt, ami nem volt" (Pontalis 1978, 115.).

Örökös kérdés, hogy a nagy gondolkodók – Platón, Arisztotelész, Kant vagy a mi számunkra Freud – utódainak milyen mértékben kell ragaszkodniuk a rendszer alapvető premisszáihoz. Ismeretelméleti nézeteltérés bármikor felléphet; ebből a megelőző elmélethez kevéssé vagy már egyáltalán nem kötődő új gondolat születhet, ami aztán választóvonallá alakul egy „korábbi" és egy „új" gondolati rendszer között. Ott kezdődik a „revizionizmus", ahol a korábbi elvek végződnek. Megpróbáltam bemutatni, hogy Bálint mennyiben maradt a freudi koncepció keretein belül; Freud alapvető gondolatait és munkaeszközeit használva hozta létre saját újításait. Döntse el mindenki a maga számára, hogy Bálint életművét a revizionizmus vagy a termékeny továbbfejlesztés gyümölcsének tekinti-e. Bálint maga soha nem kételkedett abban, hogy munkássága hűen kötődik Freud és természetesen Ferenczi szelleméhez. Innovációival nagyban hozzájárult a pszichoanalitikus gondolkodás megújulásához.

Vég Katalin fordítása

IRODALOM

Bálint M. (1926a): Psychoanalysis és belgyógyászat. *Gyógyászat,* 66/19: 439-445.

Bálint M. (1926b): A pszichoterápiáról a gyakorló orvos számára. *Terápia*, 5, 148-173.

Bálint M. (1935): Kritikai megjegyzések a libidó pregenitális szerveződésének elméletéhez. In: Bálint M. 1999, I. kötet, 50-72.

Bálint M. (1936): Erósz és Aphrodité. In: Bálint M. 1999, I. kötet, 73-87.

Bálint M. (1937): Az én fejlődésének korai állapotai. Elsődleges tárgyszeretet. In: Bálint M. 1999, I. kötet, 88-105.

Bálint M. (1947): A genitális szerelem. In: Bálint M. 1999, I. kötet, 123-135.

Balint, M. (1952): *Primary Love and Psycho-analytic Technique*. Hogarth Press, London. Magyar kiadását lásd: Bálint M. 1999.

Bálint M. (1953): Analitikus képzés és tanulmányi analízis. In: Bálint M. 1999, II. kötet, 137-148.

Balint, M. (1955): The doctor, his patient and the illness. *The Lancet,* Volume 265, Issue 6866, 2 April 1955, Pages 683-688.

Balint, M. (1956a): *Problems of Human Pleasure and Behavior*. Liveright, New York.

Balint, M. (1956b): Pleasure, object et libido: some reflections on Fairbairn's modifications of psychoanalytic theory. *Brit. J. Med. Psychol.*, 19/2, 162-167. (In: 1956a is)

Bálint M. (1957): *Az orvos, a betege és a betegség.* Animula, Bp. 1990. Eredeti kiad.: M. Balint: *The Doctor, his Patient and the Illness.* Pitman Publishing Co., London, 1957.

Bálint M. (1959): *A borzongások és regressziók világa.* Animula, Bp. 1997; Eredeti kiadás: Michael Balint: *Thrills and regression*. Hogart, London, 1959.

Balint, M. (1961a): Training of general practicioners and medical students in their role in mental health. *Working paper No 2*, Experts of Mental Health, WHO, Genf.

Bálint M. (1961b): Hozzászólás a szülő-gyermek kapcsolat elméleteihez. In: Bálint M. 1999, I. kötet, 162-164.

Bálint M. (1968): *Az őstörés. A regresszió terápiás vonatkozásai.* Akadémiai Kiadó, Bp. 1994; Eredeti kiadás: Michael Balint: *The basic fault. Therapeutic Aspects of Regression.* Tavistock, London, 1968.

Bálint M. (1999): *Elsődleges szeretet és pszichoanalitikus technika*. I.–II. Animula, Bp.

Bonomi, C. (1999): L'allégation de Jones, sur la détérioration mentale de Ferenczi. *Le Coq-Héron*, 154: 59-67.

Ferenczi S. (1909): Indulatáttétel és magábavetítés, In: *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében.* Magvető Kiadó, Bp. 1982, 50-72.

Ferenczi S. (1932): *Klinikai napló 1932.* Akadémiai Kiadó, Bp. 1996

Ferenczi, S. (1933): Influence de Freud sur la médecine. In: S. Ferenczi: *Psychanalyse IV.* Payot, Paris, 1982, 113-124. Eredetileg németül: Freuds Einfluß auf die Medizin. In: S. Ferenczi: *Schriften zur Psychoanalyse II.* Psychosozial-Verlag, Gießen, 2004, 290-302.

Ferenczi S. (1936): A pszichoanalízis a gyakorló orvos szolgálatában. In: *A pszichoanalízis rövid ismertetése.* Animula, Bp. 1996, 55-56. [Korábbi (1923), bővebb változatát lásd *Thalassa,* (18), 2007/1:107-117.]

Freud / Abraham (1965): *Sigmund Freud / Karl Abraham: Briefwechsel 1907–1925.* Vollständige Ausgabe. 2 Bde., hg. von Ernst Falzeder und Ludger M. Hermanns. Turia + Kant, Wien, 2009.

Freud, S. (1912): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In: *Gesammelte Werke: VIII*. Imago Publishing Co., Ltd., London, 1996, 376-387.

Jacoby, R. (1983): *The Repression of Psychoanalysi.* Basic Books, New York.

Lorin, C. (1983): *Le jeune Ferenczi.* Aubier, Paris.

Mészáros J. [szerk.] (1999): *Ferenczi Sándor. A pszichonanalízis felé. Fiatalkori rások*. Osiris, Bp.

Pontalis, Jean-Bertrand (1978): Introduction à: Khan, M. M. R.: Frustrer, reconnaître et faire défaut dans la situation analytique. *Nouv. Rev. Psychanal.*, 17, 115.

Sterba, R. F (1982): *Reminiscences of a Viennese Psychoanalyst*. Wayne State University Press, Detroit, Mich.

INTERJÚ

BESZÉLGETÉS BÁLINT MIHÁLLYAL[*]

(Részletek)

Bluma Swerdloff

Az alábbi visszaemlékezés a Columbia Egyetem oral history kutatóközpontja részére lefolytatott, magnószalagra rögzített interjúsorozat eredménye, melyet Bluma Swerdloff készített Dr. Bálint Mihállyal Londonban, 1965. augusztus 6-án és 7-én. Dr. Bálint az interjú átiratának elolvasását követően csupán apró javításokat eszközölt. A szerző felhívja az olvasó figyelmét arra, hogy a lenti szöveg élőszó átirata.

BS: Kezdjük azzal, hogy hogyan került kapcsolatba a pszichoanalízissel? Milyen hatások érték?

MB: Nézze, ez nagyon hosszú történet. Még a középiskola alatt – vagy nem is tudom, hogy hívják ezt Amerikában – elolvastam Ferenczi és Freud első analitikus írásait.

BS: A gimnáziumra gondol?

MB: Igen, a gimnázium alatt. Mindig is nagyon érdeklődő voltam, azonban ez nem kizárólag egy dologra irányult. Elolvastam mindent, amit valaha a festészetről (ez elég sok mindent jelentett), az összehasonlító vallástudományról, jogról, filozófiáról, történelemről, régészetről és még a jó ég tudja, miről írtak.

BS: Hogy sikerült mindez Önnek? Mi inspirálta Önt ebbe az irányba?

MB: Azt hiszem, akkoriban csak a könyvek érdekeltek.

---

[*] Forrás: An interview with Michael Balint. Bluma Swerdloff. *The American Journal of Psychoanalysis*, 2002. december, 383-413. A fordítást ellenőrizte Borgos Anna, a részleteket kiválogatta Kőváry Zoltán. A lábjegyzetek a szerkesztőtől származnak.

BS: És mi a helyzet a családjával? Onnan milyen tényezők befolyásolták?

MB: Édesanyám nagyon egyszerű nő volt. Nem olvasott túl sokat. Édesapám általános orvosként dolgozott. Eléggé kiábrándult és jó eszű ember volt. Nagyon jó tanulmányi eredménnyel szerepelt az egyetemen, erőfeszítései ellenére azonban nem lett belőle szakorvos.

BS: Kiábrándult volt?

MB: Igen. Annak ellenére, hogy igen tisztelte a tudományokat, itt meg is állt. Nagyon jó orvos volt, de nem volt tudós.

BS: Ön hova járt iskolába? Hol élt?

MB: Budapesten születtem és ott is tanultam. Ott lehetőségünk nyílt arra, hogy olvasójegyünk legyen Budapest nagy könyvtáraiba, a Tudományos Akadémia és a Nemzeti Múzeum könyvtárába. Miután megszereztem a jegyeket, igen sok időt töltöttem ott. Tudja, a magyar oktatási rendszerben ebédidőre befejeződik a tanítás, így elég szabadok a délutánok. Azt tehettem, amihez kedvem volt.

BS: Sok gyerek volt a családban?

MB: Volt egy másfél évvel fiatalabb húgom, aki csak úgy falta a könyveket. Szóval így kezdtük. Ezután jött az egyetem, nem tudtam, mihez kezdjek, minden érdekelt. Először villamosmérnöknek akartam menni, aztán úgy gondoltam, közgazdász leszek. Végül apám nagyon azt akarta, hogy orvos legyen belőlem, én meg úgy voltam vele, miért is ne, elég általános terület. Miért is ne? Így megkezdtem orvosi tanulmányaimat. Egy éve tartott a képzés, amikor kitört a háború. Egy év orvosi egyetem után behívtak katonának.

BS: Még mindig Budapesten járunk.

MB: Igen, Budapesten, 1914-ben. Behívtak, először Oroszországban, majd Olaszországban szolgáltam. Visszajöttem 1916 végén vagy '17 elején. Így első alkalommal körülbelül két, két és fél évig voltam távol. Élettan és biokémia tanulással kezdtem orvosi tanulmányaim második évét, és a tudomány teljesen magával ragadott. Beleszerettem a kémiába. Tehát tulajdonképpen hanyagoltam az orvostudományt, és helyette kémiát, fizikát, biokémiát és analitikus kémiát tanultam. Sikerült a második évi orvosi vizsgám, de már egyáltalán nem érdekelt a medicina. Klinikai tanulmányaim első egy-két évében a képzés előadásokra és ehhez hasonlókra épült, gyakorlati vonatkozásokat nem tartalmazott. Időm nagy részét

tudományos intézetekben töltöttem. Ilyen volt a Fizikai és főleg a Kémiai Intézet. Ezután az Élettani, majd a Közegészségügyi Intézetben gyakornokoskodtam. Majd véget ért a háború, és jött a forradalom.

BS: Jött a forradalom Kun Bélával?

MB: Nem, 1918-ban először az úgynevezett őszirózsás forradalom jött. Ferenczi a világon elsőként lett a pszichoanalízis professzora az egyetemen, intézethez jutott, és megkezdte előadásait az egyetemen. Hozzá jártam előadásokra.

BS: Hogy alakulhatott ez így, hiszen Önt az egzaktabb tudományterületek vonzották?

MB: Mindenféle órára jártam, minden érdekelt. Példa erre az, amikor orvostant és kémiát tanultam, bekerültem a Műszaki Egyetemre, és a szénhidrátok biokémiáját tanulmányoztam. Tagja voltam a matematikai szemináriumnak. Ó, el sem tudom mondani, mi mindent csináltam.

BS: Rengeteg volt az energiája.

MB: Én inkább óriási kíváncsiságnak nevezném. Mindenesetre, Ferenczi meghirdette az előadásait, elmentem és meghallgattam őket, nagyon érdekelt. Elolvastam az *Álomfejtés*t, ami nem igen tetszett. Majd amikor véget értek Ferenczi előadásai, szokás szerint alá kellett iratnunk az előadóval az általunk felvett tárgyakat. Így mentem Ferenczi magánrendelőjébe. Ültem a váróteremben az egyetemi indexemmel, és vártam. Ekkor, 1919-ben találkoztam először Melanie Kleinnel, Ferenczi akkori páciensével. Úgy lépett ki a szobából, nos – ahogy a páciensek szoktak kijönni az analízisből.

BS: Mit ért ezen?

MB: Hát, elég zavarodottan, sírva és így tovább. Ez volt tehát az első alkalom, hogy találkoztunk. Később, amikor már barátok voltunk, közösen felidéztük ezt az esetet. Tehát bementem és megmondtam Ferenczinek, mi nem tetszett az előadásaiban. Mulatságos volt. Még nagyon fiatal voltam.

BS: Hogy fogadta ő mindezt?

MB: Nagyon jól. Leült, és azt mondta: „Sajnálom, csak tíz percem van magára, de lássuk csak”, és próbálta elmagyarázni, mit miért tett úgy, ahogy.

BS: Túl elméletinek érezte, amit mondott?

MB: Nem, nem. Nem emlékszem már, hogy mi volt. Mindenesetre így történt. Ez idő alatt Ferenczi két asszisztense tartott szemináriumot kezdő ígéretes analitikusoknak. Egyikük Radó Sándor volt, aki persze nem olyan volt, mint most.

BS: Hogy érti, milyen volt?

MB: Úgy értem, most egyszerre mindig tizenöt dolgot csinál. A másik Hárnik Jenő volt, aki később a berlini egyesület igen fontos alakjává vált. Emlékszem, együtt olvastuk a *Tanulmányok a hisztériáról* című kötetet, mellyel szemben ismételten igen kritikus voltam.

BS: Mi volt a benyomása Radóról, akinek akkoriban nagyon közeli kapcsolata volt Ferenczivel? Vagy mégsem? Nos… emlékszik… ő volt az egyesület titkára…

MB: Ó, hát persze. Nagyon szoros együttműködésben dolgoztak. Ferenczi volt a csoport elnöke, Radó pedig a titkár, így szorosan együtt kellett működniük. Radó szerepet vállalt abban, hogy Ferenczinek egy új klinikát és egyetemi tanszéket szervezzenek, mert akkoriban ő az Oktatási Minisztériumban[1] dolgozott. Ha jól tudom, Radó volt az egyetemi osztály vezetője, vagy valami ehhez hasonló. Ebből a szempontból tehát nagyon közel álltak egymáshoz, mély barátság azonban sosem volt köztük.

BS: Radó tartott előadásokat akkoriban? Jó előadó, ez akkoriban is így volt?

MB: Radó mindig is jó előadó volt, nagyon jó, nagyon okos ember. Alapos tudással rendelkezett arról az anyagról, amiről előadott. Soha nem értettem egyet a nézeteivel, a tudása és műveltsége azonban kimagasló volt.

BS: Kezdetben Radó igen ortodox volt. Eléggé ortodoxként kezdte.

MB: Nem ez a lényeg. Köztük is van néhány kiváló ember. Néhányukkal kapcsolatban úgy fogalmaznék… ha szűk látókörűnek mondom őket, az túl erős.

BS: Lehet, hogy meg volt győződve, hogy az ő értelmezési módja az igazi.

MB: Mindannyian meg vagyunk győződve róla, velem együtt.

---

[1] Pontosabban: a Közoktatásügyi Népbiztosságon. Lásd: Erős Ferenc: Ferenczi professzori kinevezése: háttér és kronológia. *Thalassa* 20 (2009) 4: 3-28.

BS: De kell hogy legyen különbség abban, ki hogyan fejezi ezt ki.

MB: Mindig is nagyra tartottam, kedvelni azonban nem kedveltem. Az sem tetszett, ahogyan a pszichoanalízist kezelte. Túl száraz, makacs és unalmas volt. Mi volt még? Most 1919-ben járunk.

BS: Ön ekkor még nem járt analízisbe?

MB: Nem, nem jártam. Csak az olvasás érdekelt. Majd 1918-ban – ez nagyon fontos – beleszerettem a feleségembe. Mindketten diákok voltunk, ő matematikát tanult. Mindkettőnket érdekelte az analízis, bár ő nem járt Ferenczi előadásaira. Nem is tudom, miért nem. Ő adta kölcsön a *Totem és tabu*t.

BS: Ő már olvasta?

MB: Igen, olvasta már. Antropológus volt valójában, és ezen a területen belül a *Totem és tabu* az egyik alapkönyvnek számított.

BS: Lenyűgözte őt?

MB: Teljesen oda volt érte, és engem is lenyűgözött, részben miatta, részben mert valóban tetszett. Ez végleg megnyert magának. A másik könyv, ami nagy jelentőséggel bírt számomra, a *Három értekezés a szexualitás elméletéről* volt, amelyet szintén az idő tájt olvastam. Ez valójában biológia, ami pedig meghatározta a pszichoanalízisről való gondolkodásomat, mely részben biológiai, részben tárgykapcsolati irányultságú.

BS: Valóban azt érzi, hogy a könyvek olvasása eredményezte az áttérést? Egy kicsit túl egyszerűnek tűnik.

MB: Elmondom, hogy volt. Nagy problémát jelentett az, hogy mihez kezdjek. Orvosi tanulmányaimat befejeztem, lediplomáztam, és ez időre már olyan nagy kémiai tudással rendelkeztem, hogy csupán formalitás kérdése volt, hogy kémiából megszerezzem a PhD-mat. Megszerezhettem volna az orvosi diplomával egyszerre. Nagyon nehéz idők jártak, 1920-at írtunk, ez volt a Horthy-rendszer legrosszabb, nagyon antiszemita, nagyon antiliberális időszaka. Csaknem lehetetlen volt egyetemi státuszt kapni, így biokémikusként és bakteriológusként kezdtem dolgozni. Mellesleg bakteriológiát is tanultam időközben. Kerestem is némi pénzt ezekkel. Azt azonban nem gondoltam, hogy Budapesten bármihez is lehetne kezdeni. Elhatároztam, hogy hátrahagyom Budapestet, és megpróbálkozom valamivel Németországban. Időközben eldöntöttük, hogy összeházasodunk.

BS: Felesége az orvosi karriert választotta?

MB: Nem, ő antropológus volt. Hozzám hasonlóan olyan típus volt, akit minden érdekelt. Ő is tanult matematikát. Akkoriban volt egy nagyon jó matematikai iskola Budapesten, valóban első osztályú, diákjai mára már professzorok mindenütt a világon. Tehát amikor elhatároztuk, hogy összeházasodunk, azt is eldöntöttük, útra kelünk. Elindultunk tehát Berlinbe, ahol kaptam egy kisebb munkát, mint kutató kémikus, mindemellett dolgozhattam a doktori disszertációmon is. Meg kellett írnom a disszertációmat. Ott a feleségem az antropológiai múzeumban, a Museum für Völkerkunde-ban kezdett dolgozni. Ekkor kezdtünk mindketten analízisbe járni.

BS: Mindketten?

MB: Mindketten a berlini intézetbe jártunk, Hanns Sachshoz. Egy év után, vagy valahogy így…

BS: Tényleg mindketten Hanns Sachshoz jártak?

MB: Tényleg mindketten. Akkoriban ez normális volt. Ma erre mindenki úgy reagálna, hogy „Te jó ég!" Akárhogy is, elkezdtük, majd körülbelül egy éven belül elkezdtem látogatni a berlini egyesület gyűléseit. Később páciensek kezelését kezdtem ingyen a berlini intézet alkalmazottjaként, amellett, hogy kutató kémikusi állásomat is megtartottam. És az volt a legnagyszerűbb, hogy az asszisztense lehettem Otto Warburgnak, aki később megkapta a Nobel-díjat.

BS: Továbbra is érdekelte az analízis. Ennek nyilvánvalóan nem csak a pénz volt az oka.

MB: Nagyon érdekelt. Aztán elmentem máshova dolgozni, ismét kipróbáltam valami újat, ahol eléggé új vegyületcsoportok, tetralin és dekalin származékok farmakológiai lehetőségeit tártam fel. Nem igazán tetszett. Azután elmentem Róna Péterhez, aki a biokémia professzora volt Berlinben, a Charité klinikán. Ő ajánlott be Hisshez, aki orvosprofesszor volt, hogy vezessem a laboratóriumát a különleges berendezéseivel.

BS: Továbbra is futotta az idejéből a pszichoanalízisre?

MB: Részmunkaidőben. Részmunkaidőben dolgoztam a pszichoanalitikus intézetben a Potsdammerstrassén, a klinikán. Majd befejeztem a doktori disszertációmat, és pszichoszomatikus esetekkel kezdtem foglalkozni a Charitén.

BS: Tudná jellemezni azt, hogy milyen volt egy analízis akkoriban? A Sachsszal való analízise?

MB: Az analízisem? Nagyon elégedetlen voltam vele.

BS: Miért?

MB: Túlzottan elméleti volt. Megbeszéltük az álmainkat. Igen érdekes és tanulságos volt.

BS: Segített a problémáin? Vagy nem igazán?

MB: Nem voltam olyan rosszul, normális neurotikus voltam. Sokat tudnék mesélni az akkori berlini helyzetről, a berlini intézetről. Karl Abraham volt az elnök. Ernst Simmel volt a klinika igazgatója. Ott volt Max Eitinger[2]. Mindenféle elképzelés és két vagy három teoretikus volt jelen. Alexander kezdett kibontakozni a maga filozofikus gondolataival. Már ott volt Melanie Klein, aki Abrahammal állt pszichoanalitikus kapcsolatban. Nagyon hamar jóban lettünk, Ferenczihez fűződő korábbi analitikus-páciens kapcsolata miatt. Azután felbukkant Helene Deutsch. Azt hiszem, Abrahamhoz járt. Ott volt Radó, Abrahammal. Megérkezett Johan van Ophuijsen.[3] Ki még? Mindkét Glover [Edward és James][4] ott volt egy rövid ideig. Londonból megérkezett Mary Chadwick.[5] Nem is emlékszem mindenkire.

BS: Élénk volt a hangulat?

MB: Nagyon élénk volt. Abraham volt – ezt muszáj hangsúlyoznom – a legeslegjobb elnök, akivel valaha is találkoztam. Egyszerűen lenyűgöző volt az, amire képes volt.

BS: Tisztességes volt.

MB: Tisztességes és abszolút határozott. Csak semmi zagyvaság. Nagyon jól kézben tartotta a helyet. Bár neki is voltak határai. Nem igazán szerette a képzeletet. Neki magának sem volt túl sok belőle, viszont két lábbal állt a földön, kitűnő, tökéletes klinikus és igazán korrekt ember volt. Korrekt volt, úgy értem, nézzen csak utána a levelezéseinek, teljes mértékben megbízható, határozott, tisztességes ember volt. Sokat tudnék anekdotázni róla.

BS: Tegye.

---

[2] Bálint nyilván Max Eitingonra gondolt; nem tudni, ő tévedett-e, vagy az átírás során csúszott-e be a hiba.

[3] Holland pszichoanalitikus (1882-1950)

[4] Angol testvérpár, mindketten analitikusok (Edward 1888-1972, James 1882-1926.)

[5] Angol analitikus.

MB: Egyszer például Simmel, akit kedveltünk, és akire ugyanakkor dühösek voltunk – hihetetlenül öntörvényű ember volt, kiváló ötletekkel –, egy szörnyen rossz előadást tartott, tényleg borzalmasat. Egy hosszú asztalnál ültünk, rangidősek az első sorban, mi ifjoncok mögöttük, a második sorban, és ó, te jó ég, mekkora vérengzésre készültünk. Az értekezés befejeződött, csend lett. Abraham az ablak beugrójához húzta Simmelt, hogy beszéljenek, azután megnyitotta a gyűlést. Azt gondoltuk, hogy na, most jöhet a vérengzés! Abraham azonban azt mondta, hogy Dr. Simmel értesítette őt a szünetben arról, hogy nem akarja, hogy megvitassák az előadását, így hát Abraham berekesztette a gyűlést. Ez volt az egyetlen járható út.

BS: Nagyon kedves.

MB: Nagyon kedves és szívélyes.

BS: Tehát így senki nem tudta padlóra küldeni Simmelt.

MB: Nem, mivel a gyűlést berekesztették. Ennyi.

BS: Ön személy szerint kedvelte Hanns Sachsot?

MB: Nagyon rokonszenves ember volt.

BS: Arra következtetek, hogy analízis helyett inkább elméleti eszmecsere és tanulás folyt.

MB: Ő jószerével mindent elolvasott. Kitűnő, valóban első osztályú ízlése volt nemcsak az irodalom, hanem a nők, a borok, a szivarok terén is. Azonban nagyon neurotikus volt.

BS: Mivel volt elégedetlen az analízise végén?

MB: Azzal, hogy nem analízis volt.

BS: Voltak arról elképzelései, milyennek is kéne lennie?

MB: Szóval Alice-szal döntöttünk, hogy akárhogy is, elegünk van Berlinből. Akkorra már megszereztem a doktorimat. Arra gondoltunk, visszamennénk Budapestre, és mindketten ott folytatnánk az analízist. Visszajöttünk, kaptam egy amolyan fizetés nélküli vagy önkéntes munkát a budapesti egyetem orvosi karának klinikáján, és folytattam az analízist Ferenczivel. Ez volt 1924-ben. Ferenczi elment Amerikába ’26-ban vagy ’27-ben,[6] így volt még két év analízisem.

BS: Egy évet töltött Sachsszal?

MB: Nem, kettőt.

[6] Ferenczi 1926 őszétől 1927 tavaszáig tartózkodott Amerikában.

BS: Hosszú analízise volt, azokhoz az évekhez képest.

MB: Igen, azonban igencsak elégedetlen voltam vele. Két év analízis volt Sachsszal, két év pedig Ferenczivel. Akkor fejeztem be az analízist, amikor Ferenczi egy évre elutazott Amerikába.

BS: Azzal már elégedettebb volt?

MB: Ó, igen, az egészen más volt.

BS: Úgy érezte, megváltozott?

MB: Ó, igen, ezért lett belőlem analitikus. Ahogy nőtt a gyakorlatom, lemondtam számos más kötelezettségemről.

BS: Budapesten dolgozott?

MB: Igen, és azóta sem telt el úgy napom, hogy ne lettem volna teljesen betáblázva.

BS: A felesége is ezzel foglalkozott?

MB: Ő mindenféle dolog iránt érdeklődött. Fokozatosan osztottuk fel kettőnk közt az analízist, persze nem formálisan. Ő jobban érdeklődött a gyermekek, az anya-gyermek kapcsolatok, az oktatás és antropológia iránt, mely utóbbi a szakterülete volt. Az én reszortom a biológia és a pszichoszomatikus orvoslás volt. A többi érdeklődési területünk viszont azonos volt. Így dolgoztunk, és itt a válasz a kérdésére. Mára már teljes jogú analitikus vagyok.

BS: Vegyük sorra, mi történt Önnel ezután?

MB: Ó, csak röviden válaszolnék a kérdésére, valószínűleg úgysem tudnék mindent elmondani, ami velem történt, túl sok minden volt. Nagyon nagy volt a nyomás rajtunk az egyetemen, a Horthy-rendszer és az antiszemitizmus miatt, és az analízist igen baloldali dolognak tekintették. Tucatnyi nehézséggel szembesültünk. Az egyesületből mindenki oly módon próbált megbékélni a helyzettel, hogy azt mondta: „Ez van és meg kell tanulni együtt élni vele". Én erre azt mondtam: „Badarság. Változnak az idők, és muszáj valamit tenni." Így első lépésként az akkori hatósági intézkedések miatt átnéztem az összes szabályzatot, aztán sikerült beindítani a dolgokat. Szereztem pénzt, és megkaptam a szükséges, a hatóságok által kiadott speciális engedélyt, hogy klinikát nyithassak. Ez volt 1930-ban; 1924-ben jöttünk vissza Berlinből, és 1930-ban megvolt a klinikánk.

BS: Nem gondolt arra, hogy el kéne határolnia magát a közösség problémáitól?

MB: Nem hittem, hogy a megfutamodás jó megoldás lenne. Úgy gondoltam, fel kell vállalnunk azt, akik vagyunk.

BS: Az antiszemitizmus miatti vagy az általános félelem volt ennek az oka?

MB: Az emberek legtöbbször elfogadták a vereséget. Erre én sohasem voltam képes. Nem szabad belenyugodni a vereségbe, épp ellenkezőleg, ilyenkor valamit tenni kell. Én mindig is így gondolkodtam erről. Tehát a hatóságokkal való hosszas küzdelem után megszereztem az engedélyt. Persze mindenki ellenezte, az orvosi szakma, az egyetem, az Országos Egészségügyi Tanács. Végül megkaptuk az engedélyt és megnyitottuk. Nagyon jó intézetünk lett igen sok munkával.

[…]

BS: Ön analízissel és pszichoterápiával is foglalkozott?

MB: Igen, rögtön. Muszáj volt, hiszen olyan nagy igény volt rá. Ferenczi nagyon pártolta a dolgot.

BS: Sokan látogatták a klinikát?

MB: A várólista mindig elég hosszú volt. Később némi magántámogatáshoz jutottunk, ezzel tudtuk megtámogatni a kezeléseket. […] De aztán történt valami. A nácik győztek Németországban, majd elfoglalták Ausztriát, és a dolgok nagyon-nagyon kellemetlenné váltak. Például az egyesület minden gyűlését és a jelöltek minden szemináriumát be kellett jelenteni a rendőrségen. Ők küldtek egy nyomozót, aki megfigyelőként volt jelen minden gyűlésünkön.

BS: Mégis mitől féltek, hogy miről fognak beszélgetni? Kellett hogy legyen egy nagyon konkrét…

MB: Nem tudtunk róla. Ott ült egy úriember és jegyzetelt. Sosem láttuk a jegyzeteket. Nem tudjuk. Egy nap egy nyomozótiszt, egy főfelügyelő érkezett, és valami problémáról kezdett el nekem beszélni: „Tudunk róla, hogy jó néhány kommunista jár erre a klinikára…” Akkoriban én voltam a klinika igazgatója, Ferenczi 1933-ban meghalt, és én léptem a helyébe.

BS: Kezelésre?

MB: Persze. Azt mondta: „Látogatják ezt a klinikát. Meg tudja ezt magyarázni?” Én erre azt mondtam: „Hát persze. Neurotikus emberekről van szó, akiknek kezelésre van szükségük. És mondhatok valamit? Addig, amíg idejárnak, nem is kell tartania tőlük. Ha nem jönnek el, akkor a helyzet

már egész más. Ameddig azonban eljönnek, kapnak kezelést." Mindenfélét kérdezett, majd távozott. Ezután mindenre figyelnem kellem, nagyon kellemetlen helyzet volt. Mindez 1938-ban történt, aztán jött Bécs elfoglalása, és úgy gondoltam, ideje menni. Nem akartam belekeveredni. Mindenféle kapcsolat kiépítésével próbálkoztam; mozgósítottam két közvetítőmet, Jonest és John Rickmant. John Rickman[7] nagyon segítőkész volt. Jones is az volt, de különösen John Rickman, aki nagyon jó barátom volt. Végül megkaptuk az engedélyt arra, hogy Angliába jöhessünk.

BS: Önt nem érte semmilyen közvetlen baj?

MB: De, mindenféle, nagyon kellemetlen időszak volt ez. Egy egyre erősebben szorító satuban éreztük magunkat.

BS: Tudatában volt annak, hogy valójában mekkora is a baj? Csak mert sokan nem voltak.

MB: Ó nem, csak akik nem akartak. Bárki, aki nyitott szemmel járt, tudta mi folyik. Akkorra volt már egy gyermekünk is. Akárhogy is, eljutottunk Angliába. Az engedélyem Manchesterbe szólt.

BS: Ez körülbelül akkor történt, amikor Freud is kijött?

MB: Az egész bécsi csoport 1938-ban jött ki. Mi az engedélyünket '38 végén kaptuk, így 1939. januárjában-februárjában érkeztünk meg.

BS: Volt családja?

MB: Egy gyermekem, aki Magyarországon született, most amerikai, az orvostudomány professzora a New York államban Albanyben.

BS: Mi történt Önnel Londonban?

MB: Először Manchesterben kellett letelepednünk. Vidékies, beszűkült hely volt akkoriban. Ott halt meg Alice.

BS: Mi volt a lánykori neve?

MB. Székely-Kovács Alice. Hirtelen halt meg 1939 augusztusában, éppen a háború kitörése előtt. Én túléltem a háborút, és amint tudtam, Londonba jöttem. Manchesterben igazgatói állást kaptam egy gyermektanácsadó klinikán. Londonban csatlakoztam a Tavistock Klinikához. Ez már modern történelem.

---

[7] John Rickman (1880–1951), angol pszichoanalitikus, Ferenczihez majd Melanie Kleinhez járt kiképző analízisbe, a II. világháború után Bálinthoz hasonlóan a Brit Független Csoport tagja volt.

BS: Folytatni akarja a történelemmel?

MB: Azt hiszem, a gyermektanácsadóban végzett munkámat kihagyhatom, mivel az csak egy átmeneti lépésem volt. Muszáj volt, hogy csináljak valamit, ez nyitva állt, nagy akadálya sem volt, nagyon nagy szükség volt rá, így hát csak elfogadtam.

BS: Nem is érdekelte konkrétabban, régebb óta?

MB: Foglalkozhattam volna vele, különösen fent, Lancashire-ben. Nagyon nagy volt rá az igény. Megkaptam minden lehetséges segítséget, ennek ellenére nem akartam ott maradni. Amikor lejöttem Londonba, állást kaptam a Kent megyei tanácsban, ahol nagyon beszűkült emberekkel találkoztam. Meg kell hagynom, nem tudok fantáziátlan emberekkel dolgozni. Teljesen kikészít. Azt mondták: „A 3b paragrafus értelmében …", én erre: „Menjenek a pokolba, ez engem nem érdekel." „De a 3b paragrafus…" „Rendben, a 3b paragrafus, de a kérdés az, mit csináljunk itt, ebben az esetben." „Nem, a 3b paragrafust használjuk." Így hát eljöttem.

BS: A Tavistock Klinikán szabadabb kezet kapott?

MB: A Tavistockon azt csináltam, amit akartam, nagyon liberálisak voltak. Kezdetben nem érdekelte őket, de legalább hagyták, hogy azt csináljam, amit akarok.

BS: Ekkor ott volt John Bowlby?[8]

MB: Igen, ott. Nekem semmi bajom nem volt vele.

BS: Ön mivel foglalkozott, mi érdekelte?

MB: Először körülnéztem és a csoportokról akartam tanulni. Hallottam [Wilfred] Biont[9] beszélni erről, és azt mondtam: „Ez valami olyan, amit muszáj megtanulnom." Így hát elmentem és megtanultam. Ezen felül az analitikusi munkámat is végeztem egész idő alatt. Ezután jött a nagy probléma, vagyis hogy mi legyen azokkal a fiatal pszichiáterekkel, akik érdeklődnek a dinamikus pszichológia iránt, az analízist viszont nem engedhetik meg maguknak. Mindenféle ötlet felvetődött. Az egyik szerint: „Csoportokba tehetjük őket, és hagyhatjuk, hogy egy csoportterápiás üléshez hasonlót tapasztaljanak meg, amolyan analízis módra."

---

[8] Angol pszichiáter és pszichoanalitikus (1907–1990) a kötődés-elmélet egyik megalapítója.

[9] Angol pszichoanalitikus (1897–1979), a csoport-elmélet egyik megalapítója.

Amennyiben a jelölt analízisről akar tanulni, muszáj, hogy ő is járjon analízisbe, ez némiképp olcsóbb, hát nézzük meg. Ez így ment egy darabig. Voltak kétségeim afelől, vajon jól van-e ez így, ennek ellenére elvállaltam. Ha jól tudom, három ilyen kiképző csoport volt. Kidolgoztuk az ötletet, de ezután abba is maradt a dolog.

[…]

BS: Mit gondol bizonyos nézeteltérésekről? Például valószínűleg jobban ismeri nálam Radó amerikai tevékenységét.

MB: Nos, Radó Önnek barátja. Őt ki kellene hagynom. Viszont [Franz] Alexander, aki nagyszerű barátom volt, kedveltük egymást, vele például lehetetlenség volt együtt dolgozni. Mondhatni számos alkalommal nagy károkat okozott, azonban amit eredeti ötletek és ösztönzés terén alkotott, az mindent megér. Szégyen, hogy nem vehetett részt a pszichoanalitikus mozgalomban. Hosszú időn keresztül érték támadások. Nehéz eset volt, viszont neki is nagyon nehéz volt.

BS: Ugyanez a probléma Radóval. Nagyon nehéz személyiség, de ő is eszes ember, akinek vannak ötletei.

MB: A különbség az, hogy Alexander sokkal eredetibb és sokkal vonzóbb személyiség volt. Lehet, hogy Radó eszesebb, és magasabb IQ-ja van, de kevésbé eredeti. Ők nagyon jók, de ilyen nagyon-nagyon kevés van. Kissé túlzásba vitte a táplálkozási orgazmus ötletét, az elgondolás azonban kiváló.

BS: Igaz, hogy nem tartották meg azokat az embereket, akiknek eredeti elképzeléseik voltak. Most nem azt tárgyaljuk, vajon igazuk van-e vagy sem, csak azt, hogy ezek új és eredeti elgondolások.

MB: Mi egy intézményesült rendszer vagyunk, nehéz megőrizni az eredetiséget. Minden eredeti gondolkodásúnak először be kell bizonyítania, hogy nem áruló, számos rituálé viselkedés és ünnepség keretében.

BS: Ha ezt ennyire be kell bizonyítania, az megmérgezheti a munkáját.

MB: Ez sok emberre nem igaz. Ernst Kris nagyon gyors felfogású, nagyon eredeti ember volt, kedveltem őt. Nagyon szeretetreméltó, igen eredeti, nagyon okos férfi volt, és neki ez egyáltalán nem okozott nehézséget. Sohasem keveredett annak gyanújába, hogy ne lett volna az intézet javára. Ilyen volt a természete.

BS: Ez nem azért volt, mert az ő elképzelései elég veszélytelenek voltak?

MB: Nem, elgondolásai nagyon eredetiek, és nagyon jók voltak. Hartmann egy másik példa erre.

BS. Nos, Hartmannt egyesek azzal vádolták, hogy ha valóban lenne bátorsága, és nem tartana attól, hogy megsérti az analitikus közösséget, akkor lehet, hogy nem azzal a fajta nyelvhasználattal beszélne, amivel beszél. Lehet, hogy a „neutralizált agresszió" és a „neutralizáció" vagy a „nem agresszív agresszió"[10] helyett más, új szavakat alkotna meg. Azért, hogy a közösség továbbra is figyeljen rá és meg legyen elégedve, a „libidó" tárgykörébe tartozó terminusokat használta.

MB: Ez egy lehetőség. Nem hinném, hogy igaz.

BS: Emlékszem egy professzorra a Harvardról, Robert White[11] pszichológusra, aki Hartmann koncepcióival dolgozik, és hozzá is járt előadásra. Nagyon őszintén azt mondta: „Nos, nekünk valójában nincs szükségünk az energia elvére, de ha nem használjuk, senki sem fog figyelni ránk. Ezeket a tényeket az energia elve nélkül is meg lehet magyarázni."

MB: Ez nagyon érdekes dolog. Látja…

BS: Ön hasznosnak találja saját munkájában Hartmann elképzeléseit?

MB: Nem, viszont…

BS: Miért nem hasznosíthatóak Önnek? Amikor azt mondja rá, hogy jó, és csodálja, akkor csak egy olyan szellemi gyakorlatnak tartja, melyet jó végezni?

MB: Mi a baj ezzel? Úgy értem, az egész filozófia… segít terápiás munkája során? Nem, viszont az emberi elme igen nagy vívmánya, amely nélkül nem tudnánk beszélgetni. Ok, okozat, tér és idő.

---

[10] A hartmanni elmélet feltételezi, hogy a libidó deszexualizálódásához hasonló folyamat az agresszív ösztönenergián is végbemehet. Ezt kezdetben „entagresszivizálásnak" nevezték, a libidó és az agresszió semlegesítésére vonatkozó feltevéseket később a „neutralizáció" fogalmában egyesítették (lásd például: Lukács Dénes – Heinz Hartmann és az én-pszichológia, in: Kulcsár, Lukács, Komlósi – *Függés, függetlenség*, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1994).

[11] Robert White (1904–2001), jelentős amerikai pszichológus, akit az ego Hartmann által felvetett autonómiája foglalkoztatott. Az effektancia- és kompetencia-motívumra épített elméletében azt hangsúlyozta, hogy az én-funkciók hatékony működtetése az ösztönöktől függetlenül élvezetet jelent az ember számára.

BS: A tér és idő bizonyos tekintetben mérhető fogalmak.

MB: Mindenekelőtt az egész filozófia az. Az, amit episztemológiának hív, annak tartalma, a tudattalan szükségletek egyfajta, nem emocionális fogalmakkal való kifejeződése.

BS: Vagyis magyarázatok.

MB: Ha akarja, hívja magyarázatoknak, nincs kifogásom ellene, de ez az episztemológia. Szükségünk van a világra, így egy egész filozófiánk van arra, hogy megmagyarázza, hogy miért létezik a világ, vagy miért nem fogadhatjuk el, hogy a világ létezik, vagy miért kellene elfogadnunk.

BS: Ezt Ön inkább a metapszichológia területén tartja.

MB: Ez elmúlik. Minden generáció bebizonyítja, hogy az előző generáció igen érdekes filozofikus érvelései helytelenek. A filozófia történetében is ezt tapasztaljuk.

[…]

BS: Ausztráliában orvosi vagy analitikus csoportoknak tart majd előadást?

MB: Analitikusokat látogatok majd meg, és nekik tartok majd előadásokat. Ismételten el kell majd fogadni, hogy elég sivár időszaknak fogunk elébe nézni az elkövetkező tíz-húsz évben.

BS: És mi lesz azután?

MB: Aztán az új generáció fogja megtapasztalni azt a mérhetetlen lehetőséget, amelyet a mostani generáció szemügyre sem vesz. Ne feledje, hogy az analitikusok valóban elefántcsonttoronyban élnek, akik semmit sem tudnak a világról, kivéve azt, amit a pácienseik behoznak nekik. Egy analitikus nagyon kevés pácienssel beszél. Nagy hírnév kell egy analitikusnak ahhoz, hogy új páciensekkel beszélhessen. A legtöbb analitikus 7-10-12 pácienst fogad. Mondjuk 12-t.

BS: Akiket minden nap fogad.

MB: Igen, de ez minden, amit lát. Ez egy igen intenzív, érdekes és izgalmas munka, de a világ többi része is létezik. Némelyikükkel emiatt vitatkozom, hogy más dolgokat szem elől tévesztenek. A munkánk, tudja, olyan fontosnak látszik – az elméletek leporolása, azok tisztán tartása, megőrzése és tanítása az új nemzedéknek –, hogy nem vesződhetünk a másik létezővel, a világgal. Ők nem csak hogy nem vesződhetnek mással, hanem ellenségesek, és majdhogynem hűtlenként és árulóként kezelnek minket.

BS: Talán ezen a ponton akart mondani valamit arról, hogy mi történt James Strachey[12]-vel.

MB: Ő az utolsó képviselője azon nagyon értékes emberek csoportjának, akik a civilizáció, az úriemberség mértékét képviselték, amely már kiveszett a társadalomból. Volt néhány ilyen ember: John Rickman, Susan Isaacs[13], Joan Riviere[14], James Strachey, Adrian Stokes[15], lehet, hogy még többen is, de most ők jutnak az eszembe. Sajnos mindannyian elég fiatalon haltak meg, eltérő okok miatt, sokkal korábban, mint ahogy kellett volna. Az ő viselkedésük, gondolkodási, érzelmeik, becsületességük színvonala, az emberi teljesítmény egésze, és nem csak egy kis szegmense iránti érdeklődésük már a múlté. Még Jones is, bár ő eléggé más eset volt, nem az a csodabogár típus, azonban az igazán magas intelligenciája miatt meg tudta érteni, és beszélni tudta azt a nyelvet, amelyet ezek az emberek. A nagy felfordulás rögtön a háború után jött. Strachey-t kifúrták, egyszerűen kirúgták az egyesület vezetőségéből. Kegyetlen volt.

BS: Mi volt ennek az oka? Nem értett egyet a dolgokkal?

MB: Nem, ő önmagát adta, olyan életvitelt folytatott, amely különbözött ettől a biztonságos középszerűségtől. Más volt, a többiek nem tudták elviselni, így kudarcra ítélték. Egy kissé mindig is érzékeny lelkületű volt, és tény, hogy nincs benne életerő. Nagy kár. Azokon a ritka alkalmakon, amikor az egyesületbe látogat, legutóbb akkor, amikor Joan Riviere meghalt, Strachey gyászbeszédet tartott, az emberek megdöbbentek – nem tudták, hogy létezik ehhez hasonló, ilyen szép. Ez egy más világ.

BS: Visszavonult, és a Freud-fordításain dolgozott.

MB: Igen, ez ismételten egy csoda. Nem csak a Freud-fordítás, hanem az az eszköz, amelyet vele együtt adott. A szerzői jegyzetek, azok majdnem annyit érnek, mint maga a fordítás. Freud összegyűjtött munkáinak összesen már két elkészült német kiadása van, egy a háború előtt Bécsben, egy

---

[12] James Strachey (1887–1967), angol pszichoanalitikus, Freud műveinek angol fordítója

[13] Susan Isaacs (1885–1948) angol pszichoanalitikus, neveléspszichológiával foglalkozott

[14] Joan Riviere (1883–1962) angol pszichoanalitikus, a kleiniánus csoport tagja, Bowlby és Winnicott kiképző analitikusa

[15] Adrian Stokes (1902–1972) angol festő és művészettörténész, Melanie Kleinhez járt terápiába, ami nagy hatást gyakorolt művészetszemléletére.

pedig Londonban, amelyet Anna Freud és a legközelebbi munkatársai, nagyon közeli barátai készítettek. Megdöbbentőek. Minden benne van, de nyers, csupán minimális munkával összerakott Freud-tanulmányok, rendes név- és tárgymutató nélkül. Az egyes kötetekhez készült név- és tárgymutató is olyan, amilyen. Apropó, Strachey munkájával is az a gond, hogy a mutató nem elég színvonalas.

BS: A többivel egyetemben.

MB: Igen. Sokat leveleztünk, hecceltem miatta, kicsit szégyelli is. Ez megint ahhoz kapcsolódik, amit a kutatásról és a tudományról mondok, mert az nagy feladat lenne, hogy Freud összegyűjtött munkáinak legyen egy megfelelő név- és tárgymutatója, amelyben az egész egyesületnek együtt kellene működnie. Ez valami olyan, amit generációk fognak használni. Mivel Freud sosem írt átfogó tankönyvet, egy megfelelő, jó mutató számottevő segítséget nyújtana munkáinak megértésében. Senki sem csinálja meg. Nem tekintik feladatuknak. Szakértő index-szerkesztők készítik el, akik nagyon jók, viszont nem analitikus munkát végeznek. A német kiadásoknak nincs általános név- és tárgymutatójuk. Freud 1939-ben halt meg, most '65 van, így 26 év alatt nem állítottak össze általános név- és tárgymutatót. Az egész intézményesült analitikus mozgalom, mondjuk klasszikus tradicionális központnak, nem érezte kötelességének. Ez a bírálatom.

BS: Ugye látogatja a brit egyesület gyűléseit?

MB: Elég gyakran. Nem megyek el mindegyik gyűlésre, de elég gyakorta. Sok külföldi társaságot meglátogattam már, amikor külföldön voltam. Mindkét francia egyesületet, a német, az olasz, a svéd egyesületet… tartottam szemináriumot a svájci egyesületnek, a norvég csoportnak, amelynek nem jut eszembe a neve. Ez volt Európában. Aztán Amerika, az az én világom! Voltam New Yorkban, a New York-i egyesületnél, a Brooklyn Downstate Medical-on. Számos szemináriumot és egy előadást tartottam ott. […] Jártam a Yale-en, Bostonban, Philadelphiában, Washingtonban, Baltimore-ban, New Orleansban, Floridában és Miamiban. És ez csak a keleti part. Aztán ott van még Chicago, Pittsburgh, Cleveland, Cincinnati, Denver, San Francisco, és mindkét Los Angeles-i társaság.

BS: Maga aztán utazott! Ezen a ponton már polgárjogot nyert. Azt mondta, a fia az Egyesült Államokban dolgozik. Ő is érdeklődik az analitikus munka iránt?

MB: Mérsékelten. Ő orvos biokémikus. Nos, azt hiszem, ez minden. Én meg csak pletykálok és pletykálok.

BS: Egyáltalán nem. Most bármi, amit hozzáfűzne ehhez. Óriási űrök vannak, amiket kitölthetnénk, de azzal a kis idővel gazdálkodhattunk, amink volt, és nagyon hálás vagyok azért, hogy ezt lehetővé tette.

MB: Érdekes lenne, ha öt év múlva is lenne időnk rá. Kiegészítés nélkül, csak hogy tisztában legyek azzal, miféle butaságokat mondtam. Ez lenne a leghasznosabb. Nem készültem fel előre erre az egészre.

BS: Lehet, hogy meglepődne néhány előrejelzésén. Ez természetesen kiegészítéséül szolgál majd mindahhoz, amiről már írt. Abba az anyagba nem mentünk bele, mivel az minden kutató számára hozzáférhető.

MB: És hagyjuk is ezt itt ennyiben.

Havancsák Rózsa fordítása

E számunk szerzői

B. Gáspár Judit, pszichoanalitikus, e-mail: pbalassa@t-online.hu

Csabai Márta, pszichológus, MTA Pszichológiai Kutatóintézet, 1132 Budapest, Victor Hugo u. 18-22. E-mail: csabaim@mtapi.hu

Haynal André, M.D., professzor, pszichoanalitikus és pszichiáter, Svájc, Genf, E-mail: Andre.Haynal@sunrise.ch

Kőváry Zoltán, klinikai szakpszichológus, magyar nyelv és irodalom szakos bölcsész, SZTE Pszichológiai Intézet. Email: kovary.zoltan@gmail.com.

Lukács Dénes, pszichoanalitikus, dlukacs@hu.inter.net

ARCHÍVUM

PERVERZIÓ VAGY HISZTÉRIÁS TÜNET?*

Bálint Mihály

Dolgozatomnak a tárgya már befejezett pszichoanalitikus kúrának részlete. A tünet, melynek analíziséről szó lesz, a perverzió és a hisztériás konverzió érdekes keverékének bizonyult. Ennek a tünetnek a feloldása néhány nap alatt megtörtént s így alkalmas arra, hogy rövid leírás keretében megmutassa, hogyan jutunk el egy pszichoanalitikus kúrában egy-egy tünet értelméhez s így gyógyításához.

A beteg (L.-nek fogom nevezni) 30 év körüli férfi, kit betegsége művészetében (festészet és szobrászat) teljesen meggátolt. A családot felesége tartotta el kis kézimunka-üzemének jövedelméből. A férfi a házi munkákat végezte: takarított, ablakot mosott, a gyerekekre vigyázott stb., ezen kívül az üzletben olyan kifutófiú féle volt. Előéletéből fontosak a következők: Négy fiú közül ő a második. Anyja egyik Hansa város patrícius családjából származott; apja kikeresztelkedett zsidó, ki előbb vidéken, majd Berlinben igen keresett és tekintélyes ügyvéd volt. A család központja a szellemes és nagyműveltségű nő volt, aki azonban állandó betegeskedése folytán nem lehetett férje számára tökéletes szexuális partner, s ezért egyet s mást megengedett férjének, ami a gyermekekre nagy hatást gyakorolt. Így lett minden nő az apa kizárólagos tulajdona L. tudatalattija számára.

Innen eredt, hogy L. minden közösüléstől félt. Félelmét azzal indokolta, hogy „tág vaginában elvesztené péniszét, szűkből esetleg nem tudná visszahúzni". Ez az igen nagy *kasztrációs félelem* magyarázza meg, hogy L. mind a tudatos onániát, mind a nemi érintkezést elég későn kezdte el. Az onániát 17-18, a közösülést csak 23 éves korában.

Első védekezési kísérlete ez ellen a félelem ellen az volt, hogy a *normális affektust a közösüléstől elvonta*. Számára csak az előkészület (az emisszióig)

* A Berliner Psychoanalytische Vereinigungban tartott előadás kivonata. Megjelent: *Gyógyászat,* 1925. december 6. 65/49, 1104-1105.

volt kéjes, maga a koitusz köteles munka lett, mint pl. „egy akadémikus festmény, vagy valami könyv, pl. *Harnach*: Dogmengeschichte vagy *Mommsen*: Geschichte von Rom, ennyi és ennyi oldal, amit mind végig kell olvasni". De még így, az orgazmusról való lemondás árán sem sikerült megszabadulnia a félelemtől. Majd mindig impotens volt: vagy nem volt kellő erekciója, vagy az „ejaculatio ante portas" következett be. Különben is a legkisebb ürügyet is felhasználta, hogy a koitusz elől visszavonuljon.

A ki nem elégített libidó folyton új utakra kényszerült. Az irodalom alig ír le olyan perverziót, mit L. meg nem próbált volna. Exhibíció, fetisizmus, fellácio, cunnilinguus stb. váltakoztak voyeur, frottőr, szadista, mazochista stb. kísérletekkel. A sok változtatás keresést jelentett: félelemtől mentes s így lehetséges kielégülési mód után. Sorsa azonban mindig elérte, a félelem mindenütt elállta az útját. Mindezek dacára, a háború előtt megházasodott, most már 3 gyermek apja, de házasélete egyáltalán nem elégítette ki, művészetében is teljesen improduktív lett. A háborúban mint hadnagy vett részt, végül fogságba esett. A fogság L. és három fogolytársa között benső barátság keletkezett. A barátok egymást biztatták a munkára, s betegen ekkor élte át életének egyetlen, igazán boldog és produktív szakát. A barátok viszonyában semmiféle manifeszt homoszexuális kielégülésre nem került sor.

Tünetéről, mely visszatérése óta s kizárólag feleségével való együttlétkor lépett fel, a következőket mondta el: Elég gyakran, mikor normális közösülésnél, éppen imisszióra kerülne a sor, furcsa érzés fogja el, a lábában különösen a nagyujjában. Megkísérli ezt az érzést lába különféle fektetésével eltűnésre bírni, ami ritkán sikerül is. Legtöbbször azonban az érzés folyton kellemetlenebb lesz, lassan beáll a görcs, mely által a lába, vagy esetleg csak a nagyujja teljesen merev lesz. Megpróbálja dörzsölni, stb., de semmi sem segít. Végül is lábát magasan a felesége combjai közé teszi, hogy „felmelegedjék". Erekciója közben már rég elmúlt, nemi izgalma a görcs szűntével lassan szintén megszűnik. Tulajdonképpeni orgazmust nem érez, csak megkönnyebbülést.

A tünet elmondása napján csak a tünet *szadisztikus célzata* lett világos: feleségét csak felingerli, de nem elégíti ki: különben is meg van győződve, hogy igen kellemetlen lehet egy hideg lábat érezni a combok között. Ezen a napon egész sereg szadisztikus fantáziát is elmondott, melyek szerint szeretné a nőt oly módon megkínozni, hogy a vaginába valami széles, vastag dolgot beleerőszakol.

Másnapra a tünet *anális gyökerei* kerültek sorra. Ha nem történik meg az immisszió, az ejakuláció is elmarad, ilyeténképpen megtarthatja a spermáját. (Mint tudjuk, a takarékoskodás egyik legjellegzetesebb anális karaktervonás). Ugyanez alkalommal merültek fel emlékezetében a már említett koprofil kísér-

letek, majd különféle szaglási élvezetek. Ugyanaz nap a *kasztrációs komplexushoz* is eljutottunk, a spermát odaadni = péniszt elveszíteni tudattalan azonosítás kapcsán.

A harmadik napon erre *ellenállás* következett. L. kijelentette, hogy más orvoshoz akar menni, hogy az őt más módon kezelje tovább. Ezt arra lehetett visszavezetni, hogy az analízis, mely őt a közösüléshez közelebb hozta, éppen ezáltal szintén félelmetessé vált számára; ezért szeretné (miként a koituszt a tünettel) az analízist a „más móddal" helyettesíteni.

A negyedik napon aztán a következő történt: L. kb. fél órát elkésett; kopogott az ajtómon, meggyőződött róka, hogy jelen vagyok, kimentette magát s kiment a toalettre. (A kezelés a Berliner Psychoanal. Vereiningung poliklinikáján folyt.) Nagyon vidáman jött vissza, s kijelentette „das war eben eine mutige Handlung". Így azáltal, hogy szinte kihívóan megmutatta nekem, hogy tud vizelni, tehát van még pénisze, az egy idő óta velem szemben érzett *kasztrációs félelmet* legyőzte. Az ellenállás legfőbb oka így megszűnt, s folytathattuk a tünet analízisét. L. elmondta, hogy lába nagyujjával mer „szemtelen" lenni, azzal tehát „rabló"; ezzel szemben, ha kezével nyúl feleségéhez, már csak „tolvaj", tehát „gyáva". Végül egy emlék merült fel benne: kis gyermekkorában megharapta egy kutya a lábát; a seb elég jelentéktelen volt, mégis bekötötték s L. nagyon büszke volt a kötésre, mely őt fivérei sorából kiemelte. Kérdésemre elmondta, hogy bal lábán volt a seb, s a tünet is csak a bal lábában lépett fel. A magyarázat így egyszerű lett: *bal lábán már megtörtént a kasztráció*, ennél fogva a veszedelmes vagina részéről nem érheti bántalom, ezért mer ezzel a lábbal „szemtelen" lenni.

Később kiderült, hogy a lábtünet más oldalról is determinált volt. Betegem anyai nagyanyjának ugyanis tágult visszerei voltak, melyek miatt sokat szenvedett. Nagyanyjának négy unokája közül L. volt a kedvence. A lábában fellépő görccsel ezt a kiváltságos helyzetet húzta alá: ugyanaz a baja van, mint nagyanyjának, tehát hozzá, a család előkelő feléhez tartozik.

Maga a görcs már a harapás előtt lépett fel, de ritkán, és – amennyire meg tudjuk állapítani – nemcsak baloldalt. Később is jelentkezett hébe-hóba, lassan vesztett intenzitásából, de nem múlt el teljesen. Katonáskodása alatt, valamint a fogságban egyszer lépett fel. Hazatérése után érezte a görcsöt először közösülés közben, ekkor alakult ki a leírt tünet. Ez a tünet eleinte ritkán, később mind gyakrabban, végül a kúra alatt majd minden közösülésnél jelentkezett. A fent említett magyarázat után egy csapásra elmúlt, s ezzel egyidejűleg megváltozott L. magatartása is. Az eddig túl félénk, gátolt ember, ki mindent, amit mondtam rögtön elfogadott, kritizálni kezdett engem, bosszantani akart, s különben is igen harciasan viselkedett, stb. A külvilágban is egyre magabiz-

tosabb lett fellépése. A házi munkákat lassan feleségére hagyta, ezzel szemben maga az üzletszerzést vette át, s ebben elég sikeresen működött.

Az itt analizált tünet nyilván perverzió, mert a nemi izgalom nem genitális úton – a közösülés által – vezetődik le, hanem a beteg erre a célra egy más testrészét, a lábát használja. Ebből a szemszögből nézve, ez az eset a lábfetisizmus megfelelő párja, amint a felláció és a cunnilinguus is egy párt alkotnak. Itt a saját láb, illetve a saját szájzóna helyettesíti a saját genitálét, amott a partner genitáléját helyettesíti a partner lába, ill. szája. Itt megváltozik az eszköze, amott a célja a nemi ösztönnek. Ez a szétválasztás principális jelentőségű a perverziók leírásában. Esetem egyúttal azt is mutatja, hogy a mai nomenklatúránk mily keveset ér ama igen komplex jelenségek leírásánál, amelyeket gyűjtő néven perverzióknak nevezünk.

A tünet azonban egyúttal hisztériás konverzió is, még pedig nemcsak eredetében, hanem kifejlődött alakjában is. L. nem képes izomzatát akarata szerint innerválni, a motilitás részben a tudattalan uralma alá került. Nagy lábujjában görcs keletkezik, melynek merevedés a vége. Az analízisben kiderült, hogy ezt a testrészét a genitáléjával azonosította, *genitalizálta*, hogy ezáltal egy lelki konfliktust plasztikusan ábrázoljon. A tünet tehát rendelkezik a konverzió összes diagnosztikus jeleivel.

A tiszta konverzióval szemben a különbség abban áll, hogy ez a genitalizálás nemcsak a tudattalan fantáziában, hanem a realitásban is keresztülvitetik, a nagyujj majdnem teljesen átveszi a hímvessző szerepét. A különbség tiszta perverzióval szemben a görcs, a motilitás feletti uralom részleges elvesztése. Ennek megfelelően a beteg is teljesen ambivalens volt tünetével szemben. Felületesen tekintve, kínos az számára, de ez alatt a kín alatt igen kiadós nemi kielégülést élvez, amit nem is lehet tudattalannak nevezni, mert minden ellenállás nélkül lehetett tudatossá tenni.

Akik foglalkoztak már a pszichoanalízissel, kifogásolni fogják, hogy nem tértem rá a nárcisztikus és homoszexuális gyökereire, aminthogy nem foglalkoztam kellőleg indulatáttételes jelentőségével sem. Szintén adós maradtam ennek a furcsa elfojtásos mechanizmusnak a magyarázatával, mely megkövetelte a „Verlegung nach unten”-t, de megengedte a betegnek a koituszt, habár csak szimbolikusan a lábával. Azt sem mondtam el, hogy mi volt az oka, hogy a görcs – egy már meglévő tiszta konverziós tünet, mely addig a kórképben oly kis szerepet játszott – egyszerre nemcsak hogy nagy jelentőségre tett szert, hanem átváltozott a kellemetlenből egy kielégítő élménnyé, tehát perverz cselekedetté. Mindezeknek a tárgyalása azonban dolgozatomat aránytalanul megnövelte volna, s így, ha az áttekinthetőséget meg akartam menteni, le kellett mondanom róluk.

MŰHELY

ALÁSZÁLLÁS ÉS/VAGY SZUBLIMÁCIÓ

Hasonlóságok és különbségek a művészi és a mindennapi kreativitás pszichodinamikájában

B. Gáspár Judit

I. m. B. P.

Vikár György egy helyütt „a szépirodalom és pszichoanalízis egymás iránti szerelméről" írt (Vikár 1988). Meglátását nyugodt szívvel kiterjeszthetjük általában a pszichoterápiák és a művészetek egymás iránti vonzalmára. Ez az erős vonzalom azonban legalább annyira épül „az ellentétek vonzzák egymást", mint „a hasonló a hasonlónak örül" elvére. E hasonlóságról és különbségről fog szólni ez az írás.

A pszichoterápiák által igénybe vett és megcélzott vitális, gyógyító kreativitás másrészt a művészi alkotó tevékenység *célja, alanya, tárgya és „közönsége" tekintetében, valamint az akció minőségében* lényegesen különböznek egymástól, minden hasonlóságukon innen és túl. József Etelka, Attila nővére, akit egy riporter kérdezgetett a 60-as években, egyszer csak ezt találta mondani: „Ó, Attilának jó volt! Ő ki tudta fejezni magát!" Kérdezhetnénk a nővértől: mire ment vele, szegény? Világhírre, persze, de mi Etelkák nem erre vágyunk, amikor úgymond „ki szeretnénk fejezni magunkat".

„Magadat mindig kitakartad, / sebedet mindig elvakartad, / híres vagy, hogyha ezt akartad. / S hány hét a világ? Te bolond." (József Attila 1937, 505.)

De vajon *mire vágyik* a művész, legyen akár Attila, akár Ágnes? Miért rendel alá, sokszor „elvtelenül" is, önmagát, mindent és mindenkit az alkotásnak? Tényleg arra vágyna, amit Freud egy rossz pillanatában talált mondani: a műben, mint a gyermek a játékban, fantáziabeli kielégülésre, a valóságban hírnévre, dicsőségre, pénzre, hatalomra és a nők szerelmére – kárpótlásként teljesülhetetlen illúzióiért? (Freud 1908) És mire vágyunk mi terapeuták és páciensek, amikor pénzt, fáradságot, időt nem kímélve meg akarjuk „tanulni" és „tanítani" az önkifejezés minden csínját-bínját?

Első megközelítésben kézre esik a divatos magyarázat, miszerint az *önkifejezés* az *önérvényesítés* feltétele. Persze igaz, hogy minden társas lény elemi létérdeke – és ezért sokszor hatalmi kérdés is –, hogy a világáról, önmagáról

és társairól a fejében hordozott tudatformákat, tartalmakat, illetve ezeknek jelentéseit is társai fejébe erőltesse. Ha ezt nem teheti, legalább maga cipelje a fejében a többiekét. E nélkül minden közös tájékozódás és az erre épülő, akár legegyszerűbb együttműködés is képtelenség volna. Egyszerű példával: Ha én, mondjuk, az ágy jelentését tulajdonítom egy tárgynak, amit a másik asztalnak minősít, a harmadik tűzifának, ráadásul a negyedik, művész lévén elviszi kiállítani mint modern alkotást, hát ez bizony akkor is elég érdekes helyzetet teremt, vagy „háborút" akár, ha volnának más alkalmas tárgyaink is, hát még ha nincsenek. Háborút, érzelmileg és praktikusan egyaránt. És mi történik, ha önmagunknak tulajdonítunk más értéket, célt, funkciót, státust, mint szüleink, gyerekeink, társunk vagy barátunk, munkahelyünk vagy államunk? És megfordítva, mi történik, ha pl. anyánk vagy társunk viselkedik más „tárgyként": gyermekünkként, esetleg épp zsarnokunkként? Persze, hogy kényszert érzünk rá, hogy kölcsönösen megkíséreljük beletölteni egymás fejébe saját élményeink, vágyaink, eszményeink igazságát, saját értelmezéseinket. (Most nem szólok a sokszor nehezen érthető polgárháborúkról, olyan, praktikus kérdésnek igazán nem minősíthető jelkép-értelmezésekről, mint mondjuk egy Árpádsávos zászlóé.) Micsoda dresszúrákon, civilizációs folyamatokon megyünk át, míg képesek leszünk a decentrálásnak nevezett mentális műveletre: képesek leszünk tartalmaink egyeztetésére, Közös értelmezéshorizont létrehozására! Szüleinkkel, testvéreinkkel, másokkal való küzdelmes kommunikáció, érzelmi megosztások sora kell ahhoz, hogy képesekké váljunk polivalens, többjelentésű tudattartalmakban is tájékozódni, ellentétes, sőt antagonisztikus valóságokat meglátni és egyeztetni egymással és másokkal! De a művésznek vajon miféle létérdeke diktálja, hogy akár saját és társai hétköznapi jóléte rovására, mindenáron jelen és jövendő nemzedékek, jelen és távoli kultúrák elé tárja világképét, létérzékelését, ember- és önértelmezését?

Közös tudatállapotnak már gyerekként is adódik számunkra a játék csodája, kiváltképp a szerepjátéké, ahol megállapodhatunk egymással, hogy átmenetileg bármilyen tárgyat bármilyen célra használhatunk és bármelyikünk bárki lehet a játék közös átmeneti terében és idejére. E hétköznapi alkotó tevékenység *alanya, tárgya és célja* mi magunk vagyunk, valóságos társaink és tárgyaink, a mi közös, szimbolikus vágyteljesüléseink, indulatelvezetéseink és -feldolgozásunk, boldogulásunk a közösségben. A művész azonban jelen nem lévő, elképzelt társak, a kulturális kollektívum számára teremt új, saját értelemmel, jelentéssel telített végleges, „örök"-nek szánt tárgyat, még akkor is, ha adott esetben ez a tárgy olyan tünékeny, mint saját teste, táncosok vagy színészek esetében.

De beszéljünk előbb a *pszichodinamikai hasonlóságokról*! Előre bocsátanám, hogy bár alkotási, kreativitási szakaszokról, lépésekről fogok beszélni,

ezek azonban nem igazán időrendi sorrendben értendőek. Mint a későbbiekben sokszor ideidézendő költőbarátom mondja, akivel próbáltam egyezkedni a témában, bár Jung ezt kifejezetten fölöslegesnek tartaná, mondván a művészek úgysem tudják, mit miért és hogyan csinálnak (Jung 1930), „ez mind egyszerre van". Ám mi itt most kénytelenek vagyunk a körkörösen, vagy spirálisan örvénylő, labirintusszerűen egymásra épülő helyett lineáris logikát követni, hogy megérthessük magunkat és egymást.

I. Mind az önismereti, mind a terápiás, mind a művészi munka, *első lépésben*, a figyelemnek egyfajta befelé fordulásával, az énállapotoknak hol irányított, hol irányíthatatlan le-fel liftezésével (regresszióival és progresszióival), a tudatállapotok hullámzásával kezdődik, az egyes tudati – tudattalan, tudatelőttes és tudatos – szinteken belül pedig horizontális, pásztázó mozgás jellemzi. Ebben mindhárman közösséget mutatnak a spontán emlékezéssel és talán az álommunkával is. *Formailag:* freudi kategóriákban gondolkodva azt mondhatjuk, hogy ebben a szakaszban dominánsan az ösztön-én (Es) és a tudatelőttes territóriumán vagyunk. Az örömelv vezérelte primer gondolkodás uralja a lelki működést, a lineáris idői, ok-okozati viszonyok felborulnak, minden mindennel kapcsolatba kerülhet, logikai ellentmondások nem léteznek (Freud 1908), horizontális és vertikális labirintusban járunk, Hermann Imre kifejezésével: a tér kitágul, vagy végletesen beszűkül, nem-euklideszi görbületeket mutat (Hermann 1933). Itt és ekkor semmi sem lehetetlen. A tudat, paradox módon egyszerre kitágult (omnipotens), és ugyanakkor beszűkült: valamely tudattalan kényszernek kiszolgáltatott asszociatív irányt követ. Valószínűleg a jobboldali agyféltéke funkciói dominálnak. Tartalmilag: a tudat fáklyája hírtelen elfojtott vagy soha nem tudatosult vágyakra, kínos, fájdalmas vagy szalonképtelen emlékekre, aszociálisnak minősített késztetésekre, értelmezésekre vetül. Szelfelméleti szempontból nézve, korábbi személyiségfejlődési fázisok, Sternnel szólva az ön- és társérzékelés korai fejlődési szakaszai és fogadtatásukkal kapcsolatos élmények mobilizálódnak és interferálnak egymással (Stern 1985).

Az indító lökésre, mely az elfojtott visszatérését okozza, sokféle magyarázat született: Kognitívdisszonancia-csökkentések bedőlését, csődjét, ambivalenciák addig győztes pólusának meggyengülését, az én, a felettes én vagy a tudat szövetén támadó rést okozhatja akár spontán emlékezés, akár egy műalkotás katartikus ereje, kapcsolati vagy társadalmi konfliktusok, a terápiás szituáció kihívása, de akár egyszerűen az önközlés vágya is. Egy valaha sokat használt, de homályos jelentésű, kifejezés – az úgynevezett „ihlet" – arra hívja fel a figyelmet, hogy az érzékek kiélezettsége, az affektivitás felfokozottsága, a befogadó tudat korábban soha nem volt nyitottsága éppúgy jellemzője lehet a kreativitást beindító, megalapozó új tapasztalati állapotnak, mint a befelé for-

duló figyelem. Igazi paradoxon, a külső és a belső együttállása, együttrezgése, szubjektív és interszubjektív affektusok, az éntudat ingamozgása, határátlépése volna ez? Említett költőbarátom ezzel szemben azt állítja – minduntalan figyelmeztetve történelmietlen hozzáállásomra és romantikus hajlamaimra –, hogy művészi tevékenység esetén az egész folyamatot egy racionális döntés: a választott műforma indítja be, ami különböző művészeti korokban, különböző „tartalmi" döntéseket tesz lehetővé és kötelezővé. Állítását azzal is bizonyította, hogy akárhányszor álmodott egy nagyon jó verset, majd felébredve gyorsan leírta, mindannyiszor pocséknak bizonyult. Úgy értelmeztem szíves közlését, hogy a tudattalan a művészet szempontjából önmagában fabatkát sem ér, amivel egyet is kellett értenem. Mégis, az ihlet kifejezés azt is jelzi, hogy az alkotói lelki és tudati állapot nem érhető el bármikor és bárhol, nem hozható létre tisztán akaratlagosan, beindulásának és lefolyásának különleges feltételei vannak. És persze, arról is beszélnünk kell, hogy mi különbözteti meg a tébolytól vagy homályállapotoktól. Ernst Kris (1951) irányított, uralt regressziót emleget mint a művész különleges képességét. Ebben a készségben osztozik a jól vezetett pszichoterápiákkal, de a játékkal is: égve marad ugyanis az éber tudat, a felnőtt én egy kis lámpása, és letiltja a reális cselekvésben való vágykielégülést, valóságos motilitásban való kifutást, ahogy Freud mondaná (Freud 1908). A tudat mindvégig kitart az imaginárius, a mintha, az átmenet állapotában, az irrealitás tudatában és a realitástól való szigorú elkülönülésben. A gyerek is, aki egy idő után már nem tépi le a baba fejét sem, hanem csak úgy tesz, mintha letépné, ha másért nem, hát hogy újra letéphesse vagy meggyógyíthassa a babát, tisztában van ezzel az átmenetiséggel.

Hogy egy másik, régies, konkrét elemzésre alig kötelező kifejezést hívjak segítségül az első szakasz ábrázolásához, úgy is mondhatjuk, hogy: ez a fázis az *intuíció* uralma alatt áll. Jung *sejtelem*nek is nevezi a személyes tudattalan mögött, alatt fortyogó kollektív tudattalannak ezt a numinózus hatását: Mint mondja, a tudat e megfogyatkozása idején kaotikus állapot jön létre, melyben archetipikus képek, előző generációk végtelen sorának ősi tapasztalati sűrítményei árasztják el és veszik birtokba a tudatot, és mint forgószél vonzanak magukhoz minden libidót, lelki energiát és formát. Abszurd, kínzó sejtések, borzongások, démoni, groteszk, perverz fantáziák ezek, melyeken meghökkenünk, összezavarodunk tőlük, s melyeknek fő jellemvonása, a mindennapi tudattartalmakkal való inkompatibilitásuk, mert, mint mondja, meghaladják „az emberi ész és felfogóképesség határait". Valami ismeretlenhez, elrejtetthez vezetnek, „olyan dolgokhoz, amelyeknek természete titkos, amelyekhez ősidők óta… a kellemetlenség és a csalódás képzete tapad.", ezért keresünk előlük menedéket a tudomány és értelem pajzsa mögött. (Jung 1930, 91.) És itt van az egyik pont, ahol elválnak az utak. A költők képesek hosszan időzni

ebben a, különben csak az álomban, elmezavarban vagy szerelemben megélhető tudatállapotban, ők képesek visszamerülni a „participation mystique" (misztikus részesülés), Ferenczinél óceáni érzés, thalasszális regresszió (Ferenczi 1924) ősállapotába, hogy, mint Jung láttatja: „Hádészból [hozzanak üzenetet – BGJ], mely egyszerre sír és szülőanya". Pszichéjük „nyitott ajtó", „melyen keresztül a nem-emberi világból belépnek az ismeretlen és kényelmetlenül ható dolgok, és éji nyüzsgésükben elragadják az embert az emberiből, és személye feletti robotba és meghatározottságba kényszerítik." Jung szerint ennek fényében „az emberi-személyest csak az egyedül jelentős 'isteni színjáték' felütésének tekinthetjük" (Jung 1930, 91.). Eszünkbe kell jusson erről a kései Freud halálösztön-leírásának anyagiasabb megfogalmazása az embernek az eredeti, élettelen anyagi világ egységébe való visszavágyásáról (Freud 1918).

II. A *második szakaszt* a *primer megformálással*, a felmerült egyéni és kollektív élménytartalmak új, személyes jelentéssel való felruházásával (*új értelemadási aktussal)*, és integrálási törekvésével jellemezhetjük. Az én, a másik, a világ és az élet *új Gestalt*jának új *konstrukció*ja ekkor még mindig tudatelőttes mechanizmusok hatása alatt áll, de az értelemváltozás elviseléséhez és akarásához valószínűleg igen nagy énerőket kell mozgósítani. Ha freudi fogalmakhoz folyamodunk, a megformálást ekkor a szimbólumképzésnek az álommunkához hasonló technikáival írhatjuk le: az eltolás, a sűrítés, a keverékképek létrehozása, szóval a formaképzés prelogikus, képi eszközeivel, melyek új egységbe fogják a korábban traumatikusan szétszakított, elhárításoknak, elfojtásnak kitett, projekciónak, racionalizációnak stb. áldozatul esett preverbális és verbális tapasztalatokat (Freud 1908).

Daniel Stern finom elemzései az önérzékelés és a másik érzékelésének szerveződéséről megvilágító erejű megfogalmazásokat kínálnak szolgálnak a forma-formálás konkrét, személyes és interszubjektív forrásairól: Az ember élete minden pillanatában megmerítkezik a saját és a másik aktivációs szintjének dinamikus zajlásában, jellegzetes mintázataiban, aktivációs kontúrjaiban. Ezek bizonytalan érzésminőségek, amelyeket Stern dinamikus kinetikus fogalmakkal próbál megragadni, olyanokkal, mint „hullámzó", „elhalványuló", „tovatűnő", „kirobbanó", „crescendo", „decrescendo", „kitörő", „elnyújtott" stb. Olyan formai jegyekkel, melyek elválaszthatatlanul együtt járnak minden alapvető életfolyamattal, mint a légzés, megéhezés, kiválasztás, elalvás, ébredés, érzelmek vagy gondolatok keletkezése és elmúlása (Stern 1985, 63.). Az információk e beszédelőttes formái aztán elvonatkoztatott prototípusokat hoznak létre az élmények leképezésére, melyeket felkeltésükre is lehet használni, procedurális memóriát, implicit kapcsolati tudást. Fiziológiás, testi, érzékszervi és mozgásos élményeink formái, alakzatai érzelmi és megismerési

jelentésekkel kapcsolódnak össze önmagunkról és társainkról, a világról, mely körülvesz bennünket, kívül és belül. Egész életünkre meghatározzák a másoktól jövő közlésekhez, a közeledések vagy távolodások stílusához való viszonyulásunkat. Csak egy példa: a lassú, finom közeledés, a gesztus ritmikus felfutása, az egyik ember életében gyöngéd érintésben végződött, az ő igényeire is odafigyelő tapintatot hordozott, a másikában azonban, mondjuk, mivel vad csiklandásban folytatódott, az intruzív, behatoló fenyegetettség árnyékát vetítette előre. Így azután egy zenei vagy költői crescendo egészen mást fog jelenteni neki, és ha művészek lesznek, egészen más jelentést közvetítését bízzák rá, majd a befogadó is a saját életélményei tükrében „értelmezi" azt. Úgy gondolom, a művészi formák alapelemeinek itt van a forrásvidékük, ezért is tudják magukat megértetni velünk, még művészettörténeti vagy irodalomtörténeti műveletlenségünk esetén is. A testi nyelv ugyanis – univerzális nyelv, amit a verbalitás sokszor elfed, kontrakaríroz, így aztán felnőtt korban a felszabadítás igen drámai erőire szorul.

A megformálás során (III.) aztán egyre inkább szóhoz jut az úgynevezett szekunder gondolkodás, átveszik a szerepet a bal féltekei funkciók, a logika és a realitáselv. *Harmadik szakaszként*, az újonnan keletkezett én-, másik- és világegész *konszenzuális formába öntését*, az adott kultúrában közölhetővé, befogadhatóvá, megoszthatóvá tételét jelölném meg, most már a freudi értelemben vett én sőt a felettes-én erejének és tartalmainak bevonásával. Hasonló dinamika jellemzi a befogadói „munkát", a mű belső újraalkotását is. Ezt a szakaszt a konszenzuális, kollektív, kanonizált tartalmak és formák és individuációjuk küzdelme és megállapodása uralja. Hagyományosan a projekció és introjekció, a projektív identifikáció, intro-projekció másutt elhárító mechanizmusokként kezelt kategóriáiban írtuk le azt az externalizáló és internalizáló, ki- és bevetítő folyamatot, amit a megformálás-befogadás szublimációs átlényegítő munkája felhasznál a maga céljaira. A sterni fejlődéslélektani megalapozás kulcsot ad kezünkbe a közös, megosztott formatartalom titkának pszichológiájához. Az élmények átadhatóvá, befogadhatóvá válását az én és a másik összehangolódásának tapasztalatából származtatja, abból az élményből, hogy az érzelmek áthelyezhetőek egyikünkből a másikunkba. Szerinte „Ösztönösen hajlamosak vagyunk arra, hogy az észlelési minőségeket érzelmi minőségekbe fordítsuk át, különösen, ha a minőségek a másik viselkedéséhez tartoznak." A közös jelentést az úgynevezett biológiai ritualizáció hozza létre… (Stern 1985, 170.sk.) (a kreáció első szakasza). Míg a verbalitás belépésével aztán „Egy új személyes szervező perspektíva bontakozik ki…, mely a jelentés olyan új, közös élményét hozza létre, ami azt is lehetővé teszi, hogy a gyermek tulajdon életéről elbeszélést (narratívát) kezdjen szövögetni. Ám a nyelv valójában kétélű fegyver. Éket ver a szubjektív és a személyközi élmény két párhuzamos alakja

közé: …a nem nyelvi tartományban szerzett élmények az elidegenedés sorsára" jutnak „s ez hasadást okoz a szelfélményben. A viszonyulást…arra a személytelen, elvont szintre tolja, amely a nyelv belső természetéhez tartozik... Az élményeknek két életük lesz…." (Stern 1985, 174.)

„Nem is csoda – mondja –, hogy oly égető szükségünk van a művészetre, hogy áthidalhassuk vele az önmagunkban rejlő – és, teszem hozzá, az egymás közt támadt – szakadékokat." (Stern 1985, 193.) Úgy gondolom, talán azért érezzük a költészetet a művészet prototípusának, mert nagy bravúrja éppen az, hogy dallama, ritmusa, szóképei, hasonlatai, egyéb érzéki, kategoriális és vitalitási affektusoknak megfelelő formai eszközei és nyelvi megformáltsága egyszerre képes a két élménytartomány sajátos „nyelvén" megszólalni és megszólítani. A zenét, a táncot, a nonfiguratív képzőművészetet meg azért, mert külső megjelenítéshez juttatja, a másik által közvetlenül érzékelhetővé teszi a szóban meg nem jeleníthetőt. A művészetek így hozzájárulnak a mindnyájunkban meglevő belső, és köztünk keletkező külső nyelvzavarok eloszlatásához.

Julia Kristeva ösztönelméleti gondolatmenetben közelíti meg a problémát. Megkülönbözteti a jelentés szemiotikus és szimbolikus szintjét. A preszimbolikus, általa szemiotikusnak nevezett, tárgytalan, archaikus, pulzionális, úgynevezett anyai nyom, lenyomat a preödipális szubjektum polimorf perverz dinamikája szerint szerveződik, nem jelöl, mint a szimbolikus, hanem személyes energia-, és vágyháttérként működik (Gyimesi 2007). „Kristeva a költői nyelv radikalitását… abban látja, hogy a költészetben a szemiotikus folyamatosan betör, beépül a szimbolikusba, heterogenitásával veszélyezteti, felborítja, de dinamizálja is annak homogén koherenciáját…a kanonizált poétikai formákon keresztül…" (Bókay 2010).

Mi, köznapi emberek csak a bizalom különleges körülményei között, a befogadó rendkívüli nyitottságát, szó szoros értelmében vett együtt-rezgését tapasztalva, intenzív kapcsolatok rendkívüli pillanataiban és pszichoterápiás élmények során válunk képessé olyan összehangolódásra, olyan érzéki és/vagy szóbeli kreativitásra, mely kalkulálni tud a saját és a másik érzéki és verbális rezonanciájával. E rendkívüli helyzetekben tudattalanunkból feltörő, felhozott, tudatelőttesen megmunkált érzéki és verbális mondanivalónkat belsőleg is össze tudjuk szikráztatni, és a másik számára is elérhetővé tudjuk tenni, ha a másik is megnyitja számunkra saját preverbális csatornáit is. Ehhez a legfelsőbb szinthez azonban már újból a verbális szelfünk szintjére kellett progrediálnunk, ki kellett alakítanunk, el kellett különítenünk és meg kellett feleltetnünk önmagunk és a másik „objektív" szemléletét.

A szó átvezet a kultúrába is, mert, mint Winnicott jellemzi, nem tartozik sem a szelfhez, sem a másikhoz, nem mi hozzuk létre, hanem „bérbe vesszük". A nyelven mint átmeneti tárgyon keresztül szerinte is a lelki viszonyulás új

szintje jöhet létre, olyan egyesülési élmény, mely, elsősorban a művészetek révén, nemcsak a közvetlen hallgatóval-nézővel köt össze minket, de mindenki mással is, aki ezt az eszközt valaha is használta és használni fogja (Winnicott 1971).

A nem, vagy nem tisztán nyelvtestű művészetek, mint a zene, a tánc, a képzőművészetek vagy a színház is olyan közmegegyezéses nyelveken fejezik ki magukat, melyeket stílusoknak, műformáknak, hagyományozott dallamoknak, rögzített jelentésű gesztusoknak, koreografikus, ikonográfiai szabályszerűségeknek nevezünk. A mitologikus, vallási, kulturálisan rögzített és hagyományozott jelek, hasonlatok, metonímiák, metaforák, jelképek és szimbólumok valószínűleg a szubjektív és interszubjektív preverbális élmények valamiféle kollektív szurrogátumaiként épp úgy hagyományozódtak, kodifikálódtak és bérbe vehetőek, aktív és passzív használatuk épp úgy tanulható, mint a szavaké, hogy aztán a kifejezéshez és megértéshez újból individualizáljuk őket. Csakhogy a művészeti összehangolódás még ennél is bonyolultabb térben és időben zajlik: nem valóságos lényekkel osztozik a hagyomány által közvetített tereken és időben, hanem elképzelt, újraalkotott, múltbeli vagy jövőbeli, távoli, kitalált társakkal, vagy szellemi lényekkel kommunikál. Miközben őt magát, a művészt mint személyt már hiába keressük művében, hiszen (mint költő barátom figyelmeztetett Georg Simmel gondolatára – *Eine kunstfilosofische Studie,* 1901. – Schein Gábor szíves közlése) eltűnt benne. De mi ennek ellenére keressük őt, mert minket mégis mint személyeket képes megszólítani.

Jung szinte maga is költővé válik, amikor erről beszél: a mű „az égtől a földig kettérepeszti a függönyt, amelyre a világmindenség képe pingáltatott" (Jung 1930, 87.).

Ahhoz, hogy megérthessem, *miért és hogyan* képes egy műalkotás erre az abszurdumra, ti. hogy időn – téren – nemeken és kultúrákon át úgynevezett *katarzist* okozzon a befogadóban, laikus filozófiai olvasmányaim vezettek közelebb. Bizonyos fenomenológiai leírások számomra nagyon megvilágítóan szólnak a kettérepesztésnek erről a tapasztalatáról. (Hozzá kell tennem, hogy önismereti drámáinkról, a mindenkori másikra, vagy pácienseinkre való megnyílásunkról is szólnak majd ezek a sorok, s így tovább törhetjük a fejünket a művészet és a mindennapi megértés hasonlóságának és különbségének titkán.) Mint már annyiszor, most is Tengelyi László volt a kalauzom (Tengelyi 2007). Az alábbiak az ő interpretációit követik.

Mindenek előtt Edmund Husserl, aki fenomenológiai ismeretelméletét eredetileg a szubjektív élményfolyamra alapozta, majd a transzcendentális szubjektivitás tételezésével, a beleérzés elemzése, az úgynevezett idegentapasztalat révén eljutott az interszubjektivitás, a magukba zárt szubjektív tudatok közös

tudatfolyamban való összekapcsolódásának tételezéséig. Nem nehéz Stern élmény és élménymegosztás kategóriáinak gyökereit felfedezni ezen a filozófiai tájon. Husserl *ősbenyomásnak* nevezi azt a jelenséget, mely irruptív, felforgató hatásával megrendíti a tudatintencionalitások megszerveződött rendjét, az eredeti elvárásintenciókat, a létmegértés addigi szerkezetét. Valamely, nem pszichológiai, hanem ismeretelméleti értelemben vett csalódásélmény, amely pozitív élmény is lehet, meglepetésszerű újdonságával keresztül húzza a tudat várakozásait, rácáfol az addig leszűrt, leülepedett tapasztalatra, a kategoriális értelemrögzüléseket szétzilálja. Új tapasztalat tehát tudatidegen módon keletkezik, a tudattalan rezervoárjában tárolt értelemképződmények felélesztésével. Új értelemadással hidalja át a töréspontot, a szakadáshelyet, melyet létrehozott a tudatban, és szerkezetváltozást idéz elő benne.

Emmanuel Lévinas *interintencionális értelemrezdülésről* beszél: A tudat és a valóság korrelációja megbomlik, és váratlanul csillámlóan sokértelmű értelemképződmények jelennek meg, amelyek burjánzásával a tudat nem képes lépést tartani. E folyamat az intencionális tudat kihagyásával, eklipszisével jár együtt.

Maurice Merleau-Ponty *A világ prózája* című művében magának *a kifejezésre irányuló erőfeszítésnek* tulajdonít ilyen alkotó, sőt teremtő erőt. „Aki … (egyes szám első személyű perspektívát véve fel)… beszél, olyan viszonyok rendszerébe lép, melyek feltételezik ugyan őt, ám egyszersmind nyitottá és sebezhetővé is teszik.”… „A kifejezés során váratlanul, előre nem látható módon és eredeti mondanivalónkkal gyakran egybe nem hangzóan új értelemmozzanatok képződnek” (Tengelyi 2007, 260.).

Alasdair MacIntyre szerint *cselekvéseink* tulajdonképpen életünk színre vitt történetei, és elbeszélhetőségük megkívánja, hogy legalább két, egymástól független leírást találjunk érvényesnek rájuk. Ezek úgynevezett mint-szerkezetben (Winnicottnál átmenetiségben) fogalmazódnak meg, mely MacIntyre szerint minden érthetőség legfőbb feltétele.

Paul Ricoeur szerint a *cselekvéseink és elbeszélésük közti hasadás* egyenesen a normalitás velejárója, bár lehetnek beteges alakváltozatai is. Szerinte cselekvéseink kényszerítenek rá minket a valósággal való állandó számvetésre, mivoltunk és önazonosságunk narratív értelmezése pedig az igazság másik felét adja.

Ezt a jelenséget pszichoanalitikus terápiák során mi is sokszor átéljük, a szabad asszociáció hatására, vagy táncterápiában az improvizációk, a kiemelt térben történő mozgás alkalmával. Az ekkor keletkező úgynevezett „*vad értelem*” olyan tudattartományokra derít fényt, amelyet a beszélő alany soha nem vonhat maradéktalanul uralma és ellenőrzése alá (Tengelyi 2007).

(Idáig a filozófusok szavaival nagyjából az első alkotói szakaszt jellemeztük. A továbbiak, kissé erőltetetten, a második és harmadik szakaszhoz adnak muníciót.)

A II.–III. szakaszhoz: Az új, nem tisztán nyelvi természetű mondanivaló elválik a nyelvi rendszerben rögzült, intézményesült, domesztikált jelentésétől. Tengelyi László egyenesen *a fenomenológia interszubjektív kiterjesztéséről* beszél, olyan saját tapasztalatokról, melyek azonban a másik élményére vonatkoznak. Az idegentapasztalat kategóriáját alkalmazza arra az élményre, amikor a másik a neki tulajdonított értelemmel olyan értelmet tud szembeszegezni, amely nekünk idegen, neki viszont sajátja. A két tudat antagonizmusának, összeférhetetlenségének élménye, melyet, mint mondja, épp olyan joggal származtathatunk a létből, mint a másiktól, az öntudat magától való elidegenedését, kettéválását, meghasonlását, külsővé válását idézi elő. Igen ám, de ekkor feleletként érkezik a bennünk élő idegen, felfedezhetjük saját magunkban is az addig lappangásba szorított, a másikéval rokon mondanivalót (a jungi *árnyék*ot). Vagyis a másik idegenségének megtapasztalása révén kerülünk újfajta kapcsolatba magunkkal, és viszont, a magunk idegenségének megtapasztalása révén a másikkal. Ezt integrálva, egy új, most már többszólamú világ tudati megalkotásával, új, egyetemes horizont alatt, lehetségessé válik számunkra hozzáférni az idegen élményekhez is. Husserlt idézve, ez azért lehetséges, mivel „Minden én olyan tükör, melyben mindegyik másik én képe megjelenik.”, s így lehetséges új, egyetemes horizont rögzítése, új önazonosság létrehozása. Ám ha énünk nem képes megnyitni és megkettőzni magát anélkül, hogy ez önelvesztéssel járna, akkor visszalendülünk saját, korlátolt nézőpontunkba. (Tengelyi 2007, 191.)

Mi emberek, nagyon különbözőek vagyunk abból a szempontból, hogy mennyire állunk készen erre a, mi tagadás, eléggé traumatikusnak, de legalább is sokkolónak ábrázolt élményre, tudatunk átformálására, személyiségünk kitágítására. Van olyan ember, aki mindent elkövet megkövesedett attitűdjei védelmére, de van olyan is, aki egyenesen keresi a korábbi igazságaikat felforgató élményeket, gondolatokat, személyeket, műveket. Ilyenek a mazochisták, a nagyon kíváncsiak, akik soha nem öregszenek meg, de lehet, hogy csak voyeur-ök, filozófusok és más, akár hétköznapi bölcselkedők, jó esetben a pszichoterapeuták vagy pácienseik, és mindenekelőtt a művészek. A hétköznapokban megélt traumák, egyéni és kollektív katasztrófák, életünk váratlan kihívásai, megbetegedésünk, érthetetlen találkozások, választott társaink, például gyermekünk különösségei, no meg a pszichoterápia kihívásai sodorhatnak olyan állapotba, késztethetnek arra, hogy megtaláljuk a megvilágító műalkotásokat, bár fordítva is történhet: egy művel való „véletlen” találkozás is megnyithatja az utat feldolgozatlan, integrálatlan, elfojtott élmények és feldolgozásuk felé. A művészi alkotások többletértelmét sajátos eldöntetlenség jellemzi, mely révén, Tengelyi nyomán: kiemelkednek az életvilág mindennapjainak kontextusából, s az egyéni sorsokról olyan tapasztalathoz juttatnak,

mely nem oldódik fel maradéktalanul az egyesben, hanem egy nagyobb egészre utal. (Lásd később a műalkotásról írottakat!)

Ez után az amatőr filozófiai kitérő után, melytől azt reméltem, hogy közelebb visz a művet létrehozó és az azt befogadó lelkiállapothoz egyaránt, visszatérve az alkotáslélektani dinamika leírásához, újból megjegyzem, hogy mint minden logisztikai, algoritmikus leírási kísérlet, ez az én próbálkozásom is mesterkéltséghez vezetett, hisz az egyes fázisok a valóságban egymásra montírozódnak, váltakoznak. Például: a különböző *én- és tudatállapotok* más és más tartalmakat, emlékélményeket mobilizálnak, más és más érzékletek nyelvén jelentkeznek be, más társsal vágynak megosztódni, más és más *formai és tartalmi* asszociációkat keltenek, más a konnotációjuk: jelentéskörük. És ez fordítva is igaz: a különböző formai és tartalmi szintek, szemiotikai rezdülések különböző énállapotokat és tárgykapcsolati szinteket mozgatnak be. Ráadásul, jó esetben, *a végső megmunkálás, jelentés és értelemadás megőriz valamit mindebből a fortyogásból*.

Ernst Kris, mint már említettem, irányított regresszióként és progresszióként írta le a művészi tudat vertikális dinamikáját. Hermann Imre ösztönörvényről és az én kiegyenesítő erőfeszítéséről beszél, az orgazmusnak megfelelően (Hermann 1933). Jungnál az ősélmény, a mitológiai alak, a hagyomány „Olyan, mint a forgószél, mely minden felkínálkozót megragad, és miközben azt pörgeti, látható formát nyer." (Jung 1930, 93.).

IV. A terápia vagy a műalkotás igájába fogott ismétlési kényszer örvényét tehát, jó esetben az én kiegyenesítő döntése zárja le (Hermann). A tárgyiasulás csodával határos akarása rávesz minket a kilépésre önmagunkból, vagy fordítva, a magunkból kilépés vágya rávesz a tárgyiasulásra (Bálint Mihály). Kész a mű, befejeződött a terápia, mindaz, ami eddig belül volt, majd az úgynevezett átmeneti térben, az én és a másik potenciális terében megjelent, immár leválik rólunk, a világ részévé lesz. A mintha idézőjele bezárva. A nyitott tudattalanra rácsapjuk a fedelet, a szellemet visszaparancsoljuk a palackba és bedugaszoljuk, hogy a mindennapi életben nélkülözhetetlen hárításokat, elaborációkat mozgósíthassuk. Ellenálljunk az ismétlési kényszer szirénhangjainak, lemondjunk beteljesíthetetlennek bizonyult vágyainkról, antiszociális, de legalább is aszociális indulatainkat lecsillapítsuk. A tér és az idő kiegyenesítve, a párhuzamosok tényleg csak a végtelenben találkoznak, a színterek és tárgyak valóságosak. Ha Bálint Mihállyal gondolkodunk, talán azt mondhatjuk, hogy a megelőző szakaszok összeolvadó, újraegyesülő, úgynevezett oknofil jellegűek, az utolsóban viszont kiszakítjuk magunkat a múlt és a jelen Másikával való összeolvadás illúziójából, filobata késztetéseinket követve téri és idői távolságot teremtünk magunk és a másik, mások között, és ezt az űrt úgy tesszük

barátságossá, megkíséreljük úgy kitölteni, hogy saját műveinkkel zsúfoljuk tele: írott vagy megformált tárgyakkal, mozgással, hangokkal (Bálint 1959).

A katartikus élmény után hazasétáló közönség, a magánélete tereibe visszatérő terapeuta, a „gyógyult páciens" a társadalom reális terein, élete köznapi szféráiban, remélhetőleg a korábbinál magasabb szinten, nyitottan, örömre, szenvedésre, kapcsolatokra, szeretetre, munkára és játékra készen él. Vagy pedig (és), ami nagyon gyakori, újabb átmeneti terek létrehozásában lesz érdekelt, a páciensből terapeuta lesz, és másokat kísér el kreativitásuk megtalálásának útján. A műalkotások pedig, a kultúra erre a célra létrehozott, hangsúlyozottan idézőjelben hagyott köztes terein és időiben fejthetik ki további hatásukat: könyvtárakban, színházakban, koncert- és kiállítótermekben. Ahol a társadalom e „semmire sem használható" „ luxustárgyait": könyveit, festményeit, szobrait, zenészeit, színészeit és táncosait tárolja és mutogatja.

Hogy aztán kezdődjön minden elölről. Sebeink újra feltépve, egy még újabb, úgynevezett „vadtapasztalat" hatása újból felborítja addigi, jól bejáratott, viszonylag biztonságosnak látszó én- és világképünket, nehezen stabilizált tárgy-reprezentációinkat. A szembesülés saját életáramunkkal, sorsunk újabb fordulataival vagy a páciensekével, egy társunk személyes, a mienktől eltérő igazságával, egyéni és társadalmi drámákkal, tragédiákkal, komédiákkal, katartikus műalkotásokkal – új és új provokációkat szolgáltat. Erre válaszul egyre finomabb, differenciáltabb és tágasabb perspektívákba, újabb alakzatokba rendeződünk, majd tárgyiasulunk, és így tovább, amíg élünk és dolgozunk, amíg megpróbáljuk nyitottan megérteni magunkat, társainkat, az emberi életet és a teremtett világot. A kreativitás újabb és újabb beindulását tekintve, látszatra mintha nem lenne olyan nagy a különbség páciens, terapeuta valamint művész között.

Na de a *tárgy*! A legfeltűnőbb különbség, ami mindnyájunk csodálatát és elképedését kivívja: a *műalkotások*, tehát az *objektiváció* úgynevezett tökéletessége, kimeríthetetlen jelentésessége, és a *megmunkálásukhoz szükséges különleges tehetség* titokzatos, megmagyarázhatatlan rendkívülisége, mely minden valamire való gondolkodó szerint messze meghaladja a pszichológia és minden más tudomány illetékességét.

A *mű* titkának, ha megfejtésére nem is, de legalább megközelítésére, elsősorban az esztétika tudománya, a stilisztika, a művészettörténet tartalmi és formatani megállapításai illetékesek, de az egész folyamat megértése interdiszciplinaritásért kiált. S itt azonnal paradoxonokba kell bonyolódnunk: A modern esztétikai gondolkodás jutott véglegesen arra a döntésre, hogy nincs művészi tartalom, művészi lényeg a forma alatt, mögött, fölött, csak benne, általa, igazából nem értelmes a látens és a manifeszt tartalom megkülönböztetése. (Ez a fenomenologikus filozófiai attitűddel harmonizáló belátás az ősi Freud-Jung vitában is

eligazít, hogy ugyanis a látens vagy a manifeszt álomtartalom tekintendő-e valódinak: mára nyilvánvalóvá vált, hogy az egyik a másikban és fordítva.)

A bravúros forma azonban, akár giccs vagy akrobatamutatvány, sport- vagy iparos teljesítmény is lehet. Ezek szintén izgalmas, sőt akár csodálatos dolgok is lehetnek persze, de a műalkotás valami többletet hordoz hozzájuk képest.

És miben áll az úgynevezett *művészi tehetség*? Nem a legjobb kézügyességen múlik a művészi nagyság, se festőnél, se zenei előadóművésznél, nem a legkiválóbb testi ügyességen táncművész esetén, az abszolút hallás minőségén, ha zenészről vagy a nyelvi leleményesség fokán, ha költőről beszélünk, vagy színész esetén nem a fantasztikus pantomimikai utánzóképességen. Eddig ugyanis mindez csak puszta technika. Utaljuk csak nyugodtan a genetikusok területére, igaz, ők is csak közelíteni képesek hozzá. De mitől lesz a technikából művészet, a bűvészből művész? Na, ez az a kérdés, amire végképp nem tudok választ. Ami azonban nyilvánvalónak tűnik: a művésznek meg kell haladnia, transzcendeálnia kell önmagát, hogy képes legyen kora mentalitásának egyoldalúságait érvényesen kontrakarírozni. Biztonságosan kell mozognia két szélső pólus (a személyes és a kulturális) között, és képesnek kell lennie arra, hogy ezeket megkülönböztesse, megfeleltesse, összerezonáltassa és egyben tartsa. Ez a két pólus egyfelől az emberiség, a művészet teljes kollektív hagyománya, az elődök és a kortársak üzenetei, tartalmi és formai értelemben egyaránt, másfelől saját individuális, s ha lehet, jelentékeny mondani valója, hozzátétele, korrekciója a többiekéhez valamint saját korához képest. Jung szerint a mű tárgyilagos, személytelen és mégis a legmélyebben érint. Kompenzatorikus viszonyban van saját korszaka tudatállapotával, mely szükségszerűen behatárolt, egyoldalú, egysíkú, s ezért súlyos veszélyeket rejt. Követségben van, üzenetet hoz a kortársaknak, hogy tudatállapotuk „egyensúlyba hozassék általa." (Jung 1930, 94.).

Weöres Sándort idézve: „A te szemeddel nézni az én szememmel / Óh, hogy ez adatott nekem, Uram!"

Valamiféle abszolút *külső és belső látásra, hallásra és érzékelésre* gyanakszom, melynek révén a fent oly sokat emlegetett ritualizált biológiai szenzációkat rendkívüli mentalizációs képesség kíséri. (Formaérzék, formaintenció, mondaná költőbarátom.) A nyelvfilozófus Wittgenstein egy helyütt arról beszél – és ez annyira megtetszett nekem, hogy mint afféle szellemi szarka, rögtön megragadtam és idehoztam –, hogy a világ különböző szférái (mondjuk makro- és mikrovilágok, testi és szellemi világ) között valamiféle izomorfia áll fenn, ezért képesek egymás hasonlataiként szolgálni (Wittgenstein 1918). Mozartról például azt mondják, nem írta a zenéit, hanem meghallotta őket. (És tényleg, a modern fizika szerint a szférák zenéje nem puszta fantázia, az űrben bizony észlelhetők zeneinek mondható rezgések.)

A külső és belső érzékelésnek majd a hozzárendelő jelentésadásnak ilyen állandó kiélezettségéhez viszont szegény művészeknek folyton-folyvást nyitott tudattalannal kell rohangálniuk a világban, hárítási képességük hiánya miatt sem tekinthetők igazán veszélytelen lényeknek, se magukra, se társaikra. Figyelem, megérkeztünk *a művészi személyiség sajátosságainak* problémájához! A sajátos személyiségjegyeket viszont, ha léteznek ilyenek, alig vagyok képes különválasztani a sajátosan művészi motivációktól, melyekre a szabadság és a kényszer valamiféle különös, paradox együttállása jellemző. Jung úgy beszél a művészekről, mint kettős lényekről, akik művüknek puszta eszközei, két hatalom alatt állnak. Teremtő erejük titka rejtély, transzcendentális probléma. „A művészet belé született, akár egy ösztön, mely megragadja és a maga eszközévé teszi. … Élete tele van konfliktusokkal, hiszen két hatalom harcol benne: a mindennapi ember… másfelől pedig a kíméletlen alkotói szenvedély, mely olykor a személyes vágyakat is a sárba tiporja… hogy már csak valamiféle primitív vagy más tekintetben lealacsonyodott szinten képes csupán élni … Szüksége van e lealacsonyodott életformákra, máskülönben teljesen kifosztódna." Gyermetegséget, felelőtlenséget, egoizmust, hiúságot emleget (Jung 1930, 97-98.). Lev Tolsztoj *Naplójában* így vall erről: „Az alkotó elveszi az életéből a legjobbat, és azt a művének adja, ezért olyan szép az életműve, és olyan rossz az élete. (…) Nem győzök csodálkozni azon, hogy Isten miért választott ki egy olyan mocskos állatot, mint én, hogy rajta keresztül beszéljen az emberekhez." (Tolsztoj 1909, 633.). Vagy Kertész Imre a *Kaddis*ban: „…mindig dolgozom, és erre nemcsak a megélhetés kényszerít, mert ha nem dolgoznék, léteznék, és ha léteznék, az nem tudom, mire kényszerítene, és jobb is ezt nem tudnom, habár a sejtjeim, a zsigereim bizonyára sejtik." (Kertész l990, 9-10.). Azt mondanám, hogy mindkét művészfajtára, a hétköznapok hedonistájára és aszkétájára egyaránt érvényes, hogy saját életét /és társáét/ a végletekig kizsákmányolja. Mégis, szinte mindig van valaki, aki társukul szegődik és kitart mellettük, egy „kodependens" társ, régen múzsának nevezett társalkotó és cseléd, aki annak ellenére vállalja féloldalasságuk kiegészítőjének, komplementerének szerepét, hogy élete az esetek többségében igazán nem nevezhető még csak normálisnak sem, nem hogy boldognak. Gondoljunk csak Kőmíves Kelemenné történetére! És erre, minden ellenkező hírészteléssel ellentétben, nemcsak nők, de férfiak is képesek művészfeleségük mellett. Azért legyünk őszinték, amúgy is milyen ritka a normális, nemhogy a boldog élet, igaz, az övék sokszor mértéktelenül nehéz, de azt hiszem, megéri, vagy legalábbis nemigen van más választásuk, ezt diktálja nekik a „sorsuk".

Mikor sokat emlegetett költő barátomat próbáltam faggatni, hogy ki az, aki ír benne, és mi készteti írásra, fölajánlottam neki valamiféle kollektív énál-

lapot hipotézisét. Először is le akart rángatni a földre, és nemes egyszerűséggel közölte: „ugyan dehogy, ez egyszerűen olyan, mint a szarás!". Aztán még hajlandó volt annyit mondani, hogy olyankor ő kiüresedik, olyankor ő senki. Miért, kérdezte, kicsoda az, aki két napig farag egy pipát? Ő akkor maga a pipa. Azt javaslom hát, hogy eddigi, Winnicottól kölcsönzött „átmeneti" fogalmaink közé vezessük be az „átmeneti én" fogalmát is! (Misztikusabb hajlamúaknak megfontolásra ajánlom még a „valamely sugallat megszállta én" eshetőségét is.) A tárgymegszállásnak ezt a fokát barátom a hagyományban, a stíluseszközökben, műformákban való teljes feloldódással magyarázta. Lehet, hogy itt kell keresnünk az okot, hogy egy nagyobb mű befejezése után miért annyira hajlamosak a művészek depresszióba zuhanni. Kiüresítették magukat, a világ meg annak ellenére, hogy belétöltöttek egy saját műtárgyat, maradt olyan, amilyen volt! Bálint Mihály szerint a művészek az alkotó folyamat megindulása előtt egy üres világban állnak, mely lehet ijesztő üres tér, vagy barátságos távlatok is akár, de megalkotott tárgyakkal kell benépesíteniük, melyek aztán a külvilágban léteznek ugyan, de a szubjektív világhoz tartoznak. „Ebben a filobatára emlékeztetnek, aki előadja borzongató hőstettét, hogy ezzel imponálhasson önmagának és hatással lehessen a közönségre, de a biztonság, azaz a tárgyak zónájába mégis a nyilvánosság, a publikum jelenléte nélkül tér meg." (Bálint 1959, 103-104.)

Az *önkifejezés vágya, kényszere vagy öröme* közös *motiváció*nak tűnik a közönséges halandóéval, mögötte pedig mindnyájunknál ott sejlik a szenvedésnyomás is. Igen ám, de a művészt nem veszi körül egy befogadásra – ráhangolódásra – tartalmazásra – hordozásra felesküdött, erre dresszírozott és önmagát erre kötelező Másik: anya, terapeuta, csoporttárs, társ vagy barát, ahogy ezt a hétköznapi kreativitás megköveteli! Csak gondoljunk bele, micsoda kalamajkák származnak életünkben, praxisunkban abból, ha az összehangolódás részleges, csökevényes vagy épp félrehangolódásnak minősül! Ha ezt átérezzük, nyomban megérthetjük a művészek fokozott sikeréhségét, sebezhetőségét a kritikával szemben, a befogadás süketsége esetén. Magánemberként ők is azért akarják kifejezni saját igazságukat, érzéseiket, indulataikat, vágyaikat és gondolataikat, mert újra akarnak teremteni, vagy jóvátételi vágyukban meg akarnak alkotni valami eredeti archaikus egységet szelfjük és a másik között. Újra át akarják élni az őstörés előtti állapotot (Bálint 1959) vagy másképp: a másik ráhangolódó tükrében meglátni lehasadt szelfrészeiket. Az ő kapcsolatuk is aszimmetrikus a befogadóval, mint a gyermeké az anyával vagy a páciensé a terapeutával. Ők azonban a semmibe ugranak, amikor kitakarják zsigereiket, feltépik sebeiket. És senkitől nem várhatják a visszavarrást. Ráadásul tudattalanjukat is éppúgy csak anyagnak használják, kizsigerelik művészi céljaik érdekében, ahogyan életüket is. Lehet,

persze, hogy exhibicionizmusuk felfokozottabb, mint az általános, de akkor mire véljük, hogy nagyon sok szélsőségesen zárkózott embert is találunk, még a színészek között is, akinek halálugrás-számba megy a pillanat, amikor megkockáztatja, hogy esetleg süket fülek, vak szemek, zárt elmék, foghíjas nézőtér fogadják. Nem beszélve arról, hogy hány festőről tudunk, aki egy életen át alig hajlandó megválni akár egy képétől is, inkább nyomorog.

Azt gyanítom, bár bizonyítani nem tudom, hogy számukra a legfontosabb közönség nem a valóságos, élő környezet. Többé-kevésbé tudattalan, elvesztett vagy képzelt, soha nem volt, vagy valaha a régmúltban élt, esetleg eljövendő, reális vagy imaginárius lények, transzcendentális alakok valamelyike az, akinek befogadói jóindulatáért mindannyiszor nekifutnak. Ezt Freuddal és Bálinttal is vitatkozva állítom, szemben azzal, illetve kiegészítve azt, hogy: „Ahogyan Freud is leírta, minden szublimáció…egyfajta megtévesztő, gyanús módja annak, hogy visszajussunk valódi személyes tárgyainkhoz…tulajdonképpen a tárgyak, azaz az emberek meghódításának kerülőútja." (Bálint 1959, 103.).

Karinthy Frigyessel: „Nem mondhatom el senkinek, / Elmondom hát mindenkinek." (Karinthy 1930, 19.)

Egyáltalán, *magánpatológiájuk* nyilvánvalóan annyiféle, ahányan vannak, éppúgy, mint a mienk. Mint Bálint is utalt rá, Freud csökkent elfojtási képességről és az elvesztett tárgy kerülő úton való meghódításáról beszél. Súlyos neurózisuk öngyógyítóiként, valamiféle illuzionistákként tekint rájuk, akik privát fájdalmaikat szép köntösbe öltöztetik, hogy így tegyék elviselhetővé, sőt, pótkielégülésként még élvezhetővé is privát tudattalanjuk irreális, irracionális, szociálisan elfogadhatatlan, idegen számára akár viszolyogtató tartalmait is (Freud 1917). Kris elhárított destruktív fantáziákat emleget (Kris 1947). Vikár valószínűsíti, hogy többségük borderline struktúrát tart egyensúlyban. Utal Hans Müller-Braunschweigre is, aki a mahleri újraközeledési fázisban való rögzülést tartja meghatározónak, amelyben a tárgy belső képe még nem szilárdult meg. Winnicott szerint a művész belső teret alkot, ahol az objektkapcsolatot a fantázia, mely maga is átmeneti tárgyként működik, megvédheti az elszakadás idején (Vikár 1988). Paneth Gáborral soha nem gyógyuló sebekre gondolhatunk, mint amilyen Philoktéteszé, vagy Amphortasé Wagner *Parsifal*jában (Paneth 1985).

Feltűnő, hány nagy művészről mondható el, hogy rejtetten vagy manifeszten, egész életén át egyetlen témát variál, jár körül, old meg újból és újból, hogy aztán elölről kezdje az egészet. A művész ismétlési kényszere azonban azért is különbözik a mindennapi értelemben vett rosszindulatú ismétlési kényszertől, mert különös képessége van arra, hogy személyes, partikuláris igazságát általános, kollektív, egzisztenciális összefüggésbe helyezze.

Elhivatottságukat nagyzásosságnak, az én és a tárgy mániás kitágításának is lehet ugyan tekinteni, ha akarjuk, azt ajánlom, mégis higgyünk inkább Vikár Györgynek: „De hogy melyek ennek az esztétikai hatásnak a lélektani összetevői, arról vajmi keveset tudunk. Valószínűnek tartom, hogy ennek megértéséhez tovább kell lépnünk az egyéni lélektanból egy társaslélektani szférába. Talán egy kollektív képzetkör az, ahová az egyéni problémának utat kell találnia ahhoz, hogy közüggyé váljon." (Vikár 1988, 133.).

A műalkotás igazi csodája éppen abban van, hogy valóságos, kölcsönös, *személyes kapcsolat nélkül*, hitelesített, a bizalom-bizalmatlanság többszöri próbáját kiálló jelenlét nélkül képes, korokon, generációkon, kulturális és érdekhatárokon, személyes – családi – törzsi – nemzetiségi – nemzeti – osztály-partikularitásokon átnyúlva, végtelen tereken és időkön túl elérni az emberben, hogy a befogadás idejére megnyissa, idézőjelbe (átmeneti térbe és időbe) tegye önmagát. Eléri, hogy hagyjuk magunkat megszólítani egy ismeretlen ember idegen forma-mondanivalója által, megnyitni számára saját tudattalanunkat, múltunk érzékleteit, jelenünk érzékeit, összehangolódni vele, átengedni magunkat, majd saját személyiségünk által átlényegíteni üzenetét, hogy mi magunk is új jelentést, saját értelmet adjunk neki. A gadameri hermeneutika szerint a befogadói aktus is kreáció, a mű minden újabb befogadóban újrateremtődik (Gadamer 1975) a vele és így alkotójával folytatott újabb és újabb „*végtelen beszélgetés*" (Balassa Péter, 1988) során. A műalkotást, jelentésének mindenféle befogadást, értelmezést megtűrő sokfélesége, sőt az előle való elbújás lehetősége is megkülönbözteti hétköznapi attitűdünktől, ahol csak akkor érezzük azt, hogy megértettek minket, ha a másik pontosan úgy érti mondani valónkat, hogy az megegyezik az általunk szándékolttal. Lévinas szerint a mű azonban olyan mozgás, mely a Magától a Más felé tart, de elviseli a Más hálátlanságát, a nélkül cselekszik, hogy az Ígéret Földjére lépne (Lévinas 1972, 61.).

Művésznek lenni tehát olyan kór, melynek mi vagyunk a haszonélvezői. Örökös alászállás és örökös szublimáció. Ezért van az, hogy a művészek analízisét Freud óta, évtizedeken keresztül, kontraindikáltnak tartottuk. Szerintem nem annyira kontraindikált, mint amennyire lehetetlen: úgyse hagyják magukat. Ez persze nem jelenti azt, hogy soha ne lehetne művésznek terápiásan segíteni, de csak óvatosan, művészi determináltságával mint terápián kívüli ténnyel számolva, mint valamiféle harmadik szemmel, hatodik ujjal. Van és kész.

József Attilával zárnám kóborlásomat a sűrű sötét erdőben, melybe életutam felén jóval túl jutottam: „Nem szükséges, hogy én írjak verset, de ugylátszik, szükséges, hogy vers irassék, különben *meggörbülne a világ gyémánttengelye*." (József Attila, 1931, 81.).

IRODALOM

Balassa Péter (1988): *Eljutni a végtelen beszélgetésig.* (*Film, Színház, Muzsika*-beli beszélgetés Budai Katalinnal) In: *Végtelen beszélgetés.* Palatinus, Bp. 2004.

Bálint Mihály (1959): *A borzongások és regressziók világa*. Animula, Bp. 1997.

Bókay Antal (2010): Test, lélek, költészet – József Attila szabad ötletei. Kézirat, megjelenés alatt: *Lélekelemzés*, Bp. 2010.

Ferenczi Sándor (1924): *Katasztrófák a nemi működés fejlődésében*. Filum, Bp. 1997, VII. fejezet.

Freud, Sigmund (1918): *A halálösztön és az életösztönök*, Múzsák, Bp. 1991.

Freud, Sigmund (1908): A költő és a fantáziaműködés. In: *Sigmund Freud művei IX. Művészeti írások*. Filum, Bp. 2001, 103-114.

Freud, Sigmund (1916-17): *Bevezetés a pszichoanalízisbe. Huszonharmadik előadás. A tünet képződésének útjai.* Gondolat, Bp. 1986.

Gadamer, Hans-Georg (1975): *Igazság és módszer.* Gondolat, Bp. l984.

Gyimesi Tímea (2007): Kristevai utazás. *Thalassa*, 2007/2-3, 51-64.

Hermann Imre (1933): A tudattalan és az ösztönök örvényelmélete. In: *Lélekelemzési tanulmányok*. Somló Béla Könyvkiadó, Bp. 1933, 41-54.

József Attila (1937): *Összes versei*, Szépirodalmi, Bp. 1954.

József Attila, (1931): *Összes Művei III.* Akadémiai Kiadó, Bp. 1958.

Jung, Carl Gustav (1930): *A szellem jelensége a művészetben és a tudományban.* Scolar, Bp. 2003. VII. fejezet.

Karinthy Frigyes (1930): *Nem mondhatom el senkinek.* Szépirodalmi, Bp. 1982.

Kertész Imre (1990): *Kaddis meg nem született gyermekért*. Magvető, Bp. 2003.

Kris, Ernst (1951): Pszichoanalitikus közelítések a művészethez. In: *Az esztétika vége – vagy vége se hossza.* Ikon, Bp. 1995, 115-166.

Lévinas, Emmanuel (1972): *Jelentés és értelem*, in *Nyelv és közelség*, Jelenkor – Tanulmány Kiadó, Pécs, 1996, 43-78.

Paneth Gábor (2003): *A labirintus járataiban*. Animula, Bp.

Stern, Daniel (1985): *A csecsemő személyközi világa.* Animula, Bp.

Tengelyi László (2007): *Tapasztalat és kifejezés.* Atlantisz, Bp.

Tolsztoj, Lev Nyikolajevics (1909): *Napló.* Osiris, Bp. 1996.

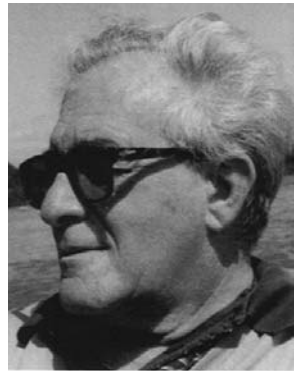
Vikár György (1988): A művészi (irodalmi) alkotás pszichológiája analitikus megvilágításban. In:*Válság, túlélés, kreativitás*. Balassi, Bp. 1996, 114-133.

Winnicott, D. W (1999): *Játszás és valóság.* Animula, Bp.

Wittgenstein, Ludwig (1918): *Logikai-filozófiai értekezés.* Akadémiai Kiadó, Bp. l989.

LAUDATIO

PAÁL JÁNOS
(1916–2010)



2010. március 23-án Frankfurt melletti otthonában elhunyt Dr. Paál János, a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület tiszteletbeli tagja. Életét két motívum jellemzi: a magyar történelem szabta körülmények és a mindenkori önzetlen segítségre való hajlam.

1916. július 24-én, Budapesten született, asszimilálódó, de vallását megtartani kívánó, hívő zsidó család egyetlen gyermekeként. Érettségi után a budapesti rabbi-szemináriumba iratkozott be, ahol Scheiber Sándor tanítványa volt. Idővel a tanár-tanítvány viszony szoros barátsággá alakult, és ez a barátság Scheiber haláláig fennmaradt. „Tőle tanultam meg a kételkedés művészetét, a szkepszist, amely az ógörög nyelvben a gondolkodást jelenti" – írja visszaemlékezésében Paál János, aki célját nem adta fel: orvos akart lenni, de a numerus clausus miatt csak többszöri próbálkozás után jutott be a Pázmány Péter Tudományegyetemre. 1942-ben szerzett diplomát, de zsidó származása miatt nem lehetett az orvosi kamara tagja, ezért nem tudott elhelyezkedni, és magánpraxist sem folytathatott. Fizetés nélküli gyakornoknak jelentkezett a Szabolcs utcai zsidó kórházban, ahol Lévy Lajos, a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület alapító tagja volt az osztályvezető főorvos. Itt ismerkedett meg a pszichoanalízissel és néhány, akkor már analitikus képzésben lévő kollegával.

A német megszállást követően a zsidókórházat kiürítették, májusban pedig elkezdődött a tömeges deportálás. Paál János helyzetét reménytelennek látva öngyilkosságot követett el, de cselekményét időben felfedezték. A régi barát, és a már analitikus képzésben lévő Binét Ágnes

javaslatára, megszakítva korábbi analízisét, Hermann Imréhez fordult. Mint emlékiratában leírja, az első találkozásra 1944. október 15.-én került volna sor, de a nyilaskeresztes párt aznap vette át a hatalmat és nem lehetett közlekedni. A deportálástól korábbi barátja, Aczél György mentette meg: ápolóként bújtatta egy, a Vöröskereszt keretében működő szükségkórházban.

A háború után olyan helyen kívánt elhelyezkedni, ahol tanulni is lehetett. Neurológus akart lenni, ezért felkereste Sántha Kálmánt, aki a debreceni egyetemi klinika nemzetközi hírű professzora és a Tudományos Akadémia tagja volt. Mivel Sántha csak díjazás nélküli gyakornokként tudta volna felvenni, a Szt. István-kórházban patológusként helyezkedett el, de hamarosan a neurológiai osztályon folytathatta munkáját.

A Rajk-per idején meghurcolták. Jugoszláv állampolgárságú feleségét kémkedéssel megvádolva arra kényszerítették, hogy tegyen társaira, valamint önmagára terhelő vallomást, majd nyolc év börtönre ítélték. Paál Jánost kötelezték, hogy mondjon le állásáról és áthelyezték a balassagyarmati elmeosztályra, ahová az ötvenes években a gyanús vagy kegyvesztett orvosokat száműzték. A légkör nyomasztó volt, Paál János igyekezett kiszabadulni a gyakorlatilag internálást jelentő helyzetből. Amikor azonban hírül vette, hogy Sántha professzort az ellene indított perben megfosztották akadémiai tagságától, és szintén Balassagyarmatra helyezik át, már maradni kívánt, mert így Sántha professzor irányítása alatt tanulhatott és dolgozhatott. 1955-ben feleségét feltételesen szabadlábra helyezték, így ismét együtt élhettek. Mivel 1956-ban mindketten részt vettek a tüntetésekben, helyzetük tarthatatlanná vált: mindketten Ausztriába menekültek, majd Németországban telepedtek le. Paál János itt csatlakozott a Német Pszichoanalitikus Egyesülethez (DPV).

Magyar kapcsolatait mindvégig ápolta, és amikor csak módjában állott, segített az elszigeteltségben élő kollégáknak. (Kutter 1992) A múlt század hatvanas éveitől kezdve a legújabb szakirodalom – nálunk még tiltott, ezért hozzáférhetetlen – példányait rendszeresen elküldte a magyar analitikusoknak. A hetvenes években megszervezte, hogy az akkor még illegalitásban működő magyar „study group" tagjait a frankfurti Sigmund Freud intézet vezetője, Alexander Mitscherlich meghívja egy-egy előadást megtartására, és ezzel elősegítette a magyar egyesület későbbi legalizációját és csatlakozását az IPA-hoz.[1] Közvetítésével, majd közreműködésével hoz-

[1] Paneth Gábor személyes közlése.

zájárult Hermann Imre nyolcvanadik születésnapja alkalmából lebonyolított tudományos konferencia megszervezéséhez, elősegítette a Budapesten 1987-ben megrendezésre kerülő nemzetközi pszichoanalitikus konferenciát, amely a háború utáni időszak első, Magyarországon megtartott analitikus rendezvénye volt. 1988-ban részt vett és előadást tartott a miskolci Ferenczi-emlékülésen. Ugyancsak közreműködött Hermann Imre születésének századik évfordulója alkalmából megrendezett tudományos emlékülés megszervezésében, és több publikációjával segítette a magyarországi pszichoanalízis múltjának, valamint a diktatúra idején illegalitásban működő tevékenységének megismerését. (Paál 1975; 1977) Elsőként hozta Európába a Heinz Kohut nevéhez fűződő szelf-pszichológiát, mozgósította a külföldön élő magyar analitikusokat, többek között André Haynalt és Paul Ornsteint, és – folyamatosan súlyosbodó betegsége ellenére – hosszú éveken keresztül szervezte a németországi Dreieichben a kétévenként lebonyolított nemzetközi tudományos konferenciákat. Kilencvenedik születésnapján Németországban kiadták emlékiratát, amelyben magyarországi életének fontosabb történéseit írta le. Praxisát ugyan már korábban feladta, de egyre romló testi állapota ellenére mindvégig dolgozott: olvasott és írt, míg betegsége végül már csak az olvasást tette lehetővé. 94 évesen hunyt el.

(Lukács Dénes)

IRODALOM

Harmatta, J.–Szőnyi, G. (1992): Hungary. In: Kutter (ed.), 1992, 173-187.

Kutter, P. (ed.): (1992): *Psychoanalysis International. A Guide to Psychoanalysis throughout the world*. Frommann-Holzboog, Stuttgart.

Paál, J. (1975): Bericht von der Ferenczi-Gedenkfeier in Budapest am 1. Juni 1974. *Psyche*, *29,* 1119-1125.

Paál, J. (1977): Psychoanalyse in Ungarn. In.: Eicke, D. (1977, Ed.) *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. 2 Freud und die Folgen*. Kindler, Zürich-München, 1997, 103-116.

Paál, G: (2006): *Von Kobolden gejagt. Vierzig ungarische Jahre 1916-1956*. Books on Demand, Norderstedt.