

Pécsi Tudományegyetem

Bölcsészettudományi Kar

Pszichológiai Doktori Iskola, Elméleti Pszichoanalízis Program

DOKTORI DISSZERTÁCIÓ

Testképek és testi dialógusok

**Az analitikus testpszichoterápia fejlődése
a német pszichoanalitikus irányzatok gyakorlatának tükrében**

Készítette:

Fehér Pálma

Témavezető:

Prof. Dr. Csabai Márta, egyetemi tanár

Konzulens:

Prof. Dr. Erős Ferenc, Elméleti Pszichoanalízis Program vezetője

2013

TARTALOMJEGYZÉK

A DOLGOZAT CÉLKITŰZÉSEI	4
1. BEVEZETÉS.....	5
1.1. A testterápia irányzatainak fejlődése a német iskolában	5
1.2. A testterápiák és testpszichoterápiák fenomenológiai megközelítése.....	7
1.3. Az analitikus testpszichoterápiában megjelenő testképvizsgálat alkalmazása	8
2. PSZICHOANALÍZIS ÉS TEST: A TESTI MEGÉLÉS ZAVARAINAK ÉS TERÁPIÁJÁNAK TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉSE	9
2.1. A testpszichoterápiák gyökerei	9
2.1.1. „Az ösztönök képviselik a test követelményeit a lelki élettal szemben”	9
2.1.2. Georg Groddeck, a pszichoszomatika előfutára.....	9
2.2. A testpszichoterápia korai előfutárai.....	11
2.2.1. Ferenczi és Reich, mint a testpszichoterápia megalapozói	11
2.2.2. Karakterpáncél és karakteranalízis: a bécsi pszichoanalitikus szeminárium és a berlini iskola	13
2.2.3. A gindleri iskola hatása.....	17
2.3. A VI. Orvosi Pszichoterápiás Kongresszus, Drezda (1931) jelentősége.....	20
2.3.1. Testorientált munka a nemzetiszocializmus idején és azt követően.....	21
2.4. Marianne Fuchs jelentősége az ellazulási technikák fejlődésében.....	23
2.5. A táncteoretikus Lábán Rudolf	25
2.6. Lábán és Reich gondolatai a libidóról és a szexualitásról	29
2.7. A humanista pszichoterápia hatása a fejlődő testpszichoterápiára, az integratív terápiás szemlélet bekerülése a terápiás gyakorlatba.....	32
2.8. Reich-tanítványok és a neoreichiánus irányzatok	34
2.9. A pszichoanalízis és a testpszichoterápiák kapcsolódási pontjai: a Ferenczi által elindított irány formálódása.....	36
3. AZ ANALITIKUS TESTPSZICHOTERÁPIA FENOMENOLÓGIAI ÉS ISMERETELMÉLETI MEGKÖZELÍTÉSE	41
3.1. Az analitikus testpszichoterápia fenomenológiai elhelyezése.....	41
3.1.1. Az analitikus testpszichoterápia definíciója és ismeretelméleti státusza.....	42
3.1.2. Az analitikus testpszichoterápia viszonyulása az analitikus pszichoterápiákhoz és a bioenergetikai analízishez.....	46
3.2. Testi tudatosság az interszubjektivitás jegyében.....	48
3.2.1. A testi megélés interakciós alapja	48
3.2.2. Testemlékezet fejlődéstörténeti keretben	49
3.2.3. Test, mint tükör és struktúra – Interszubjektivitás és testi tudatosság	51
3.2.4. A nonverbális kapcsolati szabályozásban megjelenő interakcionális test	55
3.2.5. A test interszubjektivitása és performatív minősége.....	56
3.2.6. A test a megjelenített testköziségben	57
3.2.7. Testi megélés és mozgásélmény, mozgásmagatartás a testkép és a testséma összefüggésében	59
4. ANALITIKUS TESTPSZICHOTERÁPIA A GYAKORLATBAN.....	63
4.1. A kutatásban rejlő lehetőségek.....	63
4.2. A testkép vizsgálata	64
4.2.1. A testkép pszichoanalitikus megközelítése	64

4.3. A szkizofrén megbetegedések testpszichoterápiája.....	68
4.3.1. A szkizofrén páciensek „testre szabott“ kezelése	71
4.3.2. A testtudati munka énkonstruáló szerepe a szkizofrén páciensek analitikus testpszichoterápiájában.....	79
4.4. A testkép-szobor teszttel szerzett tapasztalatok pszichotikus páciensekkel	80
4.4.1. A testkép-szobor teszt, mint adjuváns terápiás eszköz alkalmazása	80
4.4.2. A vizsgálati helyzetben alkalmazott instrukció	83
4.4.3. A testkép-szobor vizsgálat kiegészítő szempontjai.....	83
4.4.4. A vizsgálatból nyert következtetések.....	84
4.5. Az analitikus testpszichoterápia gyakorlata egyéni terápiás keretek között	90
4.5.1. Az áttétel és viszontáttétel kérdésének kezelése az ATP gyakorlatában	92
4.5.2. A terápiás tér atmoszférája és a terápiás térben születő alkotás	94
4.6. Analitikus testpszichoterápiás esetpéldák	99
4.6.1. „Aki létezik, de nem tartja kézben önmagát”	100
4.6.2. „Szavak nélkül”.....	105
5. KONKLÚZIÓ	108
5.1. A testpszichoterápiák fejlődésének történeti áttekintéséből levont tanulságok.....	108
5.2. Az ATP fenomenológiai elhelyezéséből nyert következtetések.....	109
5.3. A testkép-szobor teszt, mint adjuváns terápiás eszköz alkalmazhatóságából levont következtetések.....	111
VÉGGÖVETKEZTETÉS	114
IRODALOM	116
MELLÉKLETEK	129
1. MELLÉKLET	
A VIZSGÁLT PÁCIENSEIM TESTKÉPSZOBOR-DEFORMÁCIÓINAK LEÍRÁSA	130
2. MELLÉKLET	
TESTKÉP-SZOBOR TESZT KÓDOLÁSI KÉRDŐÍV	131
3. MELLÉKLET	
A „SZALMAMACKÓ” SZOBROT KÉSZÍTŐ PÁCIENSSEL FELVETT TESTKÉP-SZOBOR INTERJÚ	138
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	141

A DOLGOZAT CÉLKITŰZÉSEI

A dolgozat fő célkitűzése, hogy részletes történeti áttekintés mentén átfogó képet rajzoljon a pszichoanalízis és a test viszonyában a jelentősebb testterápiák és testpszichoterápiák fejlődéséről. Ebben a fejlődési ívben jelenik meg az analitikus testpszichoterápia, mint új irányzat, amelynek a testkép-szobor egy jelentős terápiás eszköze.

A dolgozat következő célkitűzése, hogy fenomenológiai megközelítésben tárgyalja az analitikus testpszichoterápia és az analitikus pszichoterápia egymáshoz fűződő viszonyát. Az analitikus testpszichoterápia fókusza elsődlegesen a testtel történő munka kapcsolati szempontjára helyeződik, a páciens és terapeuta illeszkedése révén létrejövő testi viszontátétel mellett. Ezzel összefüggésben a német irányzat fenomenológiai alapjait figyelembe véve az analitikus testpszichoterápia ismeretelméleti háttere kerül részletesen terítékre, a magyar szakirodalomban elsőként összefoglalva ezt az irányzatot.

A dolgozat a testkép-szobor technika pszichoterápiás alkalmazásának első szisztematikus magyar nyelvű összegzése, mivel eddig erre a magyar szakirodalomban nem volt példa. Hozzá kell tenni, hogy sokáig a nemzetközi szakirodalom is keveset foglalkozott a témával, és csak az utóbbi egy év svájci és német – azaz német nyelvterületen zajló – klinikai kutatásai hoztak áttörést. Hiába alkalmazzák a nemzetközi gyakorlatban közel húsz éve a testkép-szobor tesztet a terápiában is, a szakírók kiemelt figyelme csak fokozatosan kezdett ráirányulni. A hazai megjelenítés pedig még tovább váratott magára. Elsősorban diagnosztikai adatok állnak rendelkezésre, de kevés a terápiás használhatóságra utaló leírás. A dolgozat kettős hozadéka lehet, hogy mind a terápiás alkalmazás, mind pedig ennek leírása terén is megteszi az első óvatos lépéseket.

Az analitikus testpszichoterápia jellemzőinek bemutatásán túl a dolgozat további célkitűzése, hogy a testkép analitikus megközelítésében megjelenő testkép-szobor tesztnek, mint adjuváns terápiás eszköznek az alkalmazhatóságát a terápiás folyamatokba integrálhatóvá tegye. Ennek praktikus eszközeként tovább finomítom a német gyakorlatban használt ún. „testkép-szobor jelölés” módszerét.

Az analitikus testpszichoterápiás technikák alkalmazhatóságának aspektusát a testkép analitikus megközelítésével hangsúlyozom, és ennek értelmében a testkép-szobor kérdőív a dolgozatban a terápiás alkalmazhatóság szempontjából épül be a testkép-vizsgálatok terápiás folyamatába.

1. BEVEZETÉS

1.1. A TESTTERÁPIA IRÁNYZATAINAK FEJLŐDÉSE A NÉMET ISKOLÁBAN

Az analitikus testpszichoterápia fejlődése, mint témafelvetés a test és a pszichoanalízis kapcsolatát tárgyalja történeti elhelyezésben, gyakorlati tapasztalatok és egy önálló vizsgálat keretében.

A testpszichoterápiák a pszichoterápiák történetén belül régi hagyományokkal rendelkeznek. Georg Groddecket követve Ferenczi Sándor és Wilhelm Reich a pszichoanalízisben az 1920-as évektől az elsők között kezdett testorientált intervenciókat alkalmazni. Ferenczi a regressziót arra használta, hogy a beszéd előtti tartomány intrapszichés tartalmait felszínre hozta és testi dialógusba helyezte, és ezáltal az 1930-as évektől egy új pszichoterápiás irány fejlődött.

A pszichoanalízis történetében bekövetkező interszjektív fordulat azzal az áramlattal vette kezdetét, amelynek úttörői Wilhelm Reich és Ferenczi Sándor. A pszichoanalízis történetére visszatekintve látható, hogy nincs jelentős ellenáramlás, és a pszichoanalízis olyan karizmatikus alakján kívül, mint Fritz Perls, alig voltak olyanok, akik új irányt nyitottak. Így az interszjektivitás áramlatában most időszerűnek tűnik közelebb hozni az analitikus testpszichoterápiákat a pszichoanalízishez, mint ahogy ez a német pszichoanalitikus iskolában jelenleg is történik. Talán nem is léteznek azok a magas falak, amelyeket a pszichoanalízis tradicionális képviselői gondolnak a pszichoanalízis és a testpszichoterápiák között.

A pszichoanalízis és a testi pszichoterápia találkozását az analitikus testpszichoterápiák történeti fejlődésén át kívánom érzékeltetni, közelebb hozva a testi egymásra hangolódás, a testi viszontáttétel, az önreflexióra való képesség jelenségét, valamint a testtudati munka terápiás kapcsolatban megjelenő atmoszféráját, amelyben a megosztás, a csere fontossága válik meghatározóvá.

Egy tudományosan megalapozott pszichoterápiában értelemszerűen helyet kapnak a fejlődéslélektanilag jelentős elméletek. Így többek között Daniel Sternre hivatkozva kiemelem a RIG (a generalizálódott interakciók reprezentációi) fogalmát éppenúgy, mint más releváns storni definíciókat, mint például a mikroanalízis fogalmának a jelentőségét. Az analitikus testpszichoterápiák módszerei, mint a reichi technikák, Stern csecsemőkutatásokra alapozó elmélete keretében is konceptualizálhatók (Stern, 1992/1985), mert ezek a módszerek a magszelfet és a bontakozó szelféret

élménytartományát vonják be a pszichoterápiák folyamatába. A korai élmények között ki kell emelnem az anya-gyerek kapcsolat elsődlegességének a jelentőségét, a beszéd előtti korai kapcsolatban megjelenő emléknymok fokozott hangsúlyát, amely a pszichoterápián belül az interakciós kontextusban megfigyelhető és vizsgálható. Stern vizsgálatait, amelyek az újszülött reális belső világát kutatják, megalapozottan válnak tehát a vezető pszichoterápiás módszerek alapjaivá, és így a testi történések pszichoanalitikus terápiájában is biztonsággal támaszkodhatunk rájuk.

A testterápiák és a testpszichoterápiák történeti fejlődésének áttekintésével látni fogjuk, hogy a test pszichoanalitikus kezelésbe történő bevonásával új dimenzió nyílt az analitikus testpszichoterápia számára a saját fejlődéstörténetében.

A huszadik század húszas éveiben az új testi tudatosság talaján és a kortárs német analitikus elméletek magyarázata szerint különböző testpszichoterápiák fejlődtek. Ezek között Wilhelm Reich, Elsa Gindler és Ferenczi Sándor három alapvető testpszichoterápiás irányt képvisel, a hozzájuk rendelt pszichoterápiás módszertannal együtt. Az első a reichiánus, a test expresszív-energetikai elméletét képviselő irány, amely több neoreichiánus iskola kialakulásához vezetett, és amely ma leginkább a bioenergetika által képviselt irány. A második, a gindleri, amely a táncra és a testpercepcióra alapoz, egy mozgásorientált irány. A harmadik pedig Ferenczi nevéhez fűződik, amely a testi dialógust hangsúlyozza, és amelyet Hilarion G. Petzold neve fémjelez az integratív terápiában. Ez az irány elsősorban az érintéssel dolgozik az áttétel során, és ezt ma német nyelvterületen a Peter Geißler által vezetett analitikus testpszichoterápiás iskola képviseli erőteljesen.

A három irányzatban háromféle testkép ismerhető fel: az expresszív és energetikai test, az önmagát felfedező és mozgó test és a kapcsolatban jelen lévő, megérintett test fogalma (Geuter, 1996).

A dolgozat első célkitűzése, hogy részletes történeti áttekintés mentén átfogó képet rajzoljon a pszichoanalízis és a test viszonyában a jelentősebb testterápiák és testpszichoterápiák fejlődéséről.

1.2. A TESTTERÁPIÁK ÉS TESTPSZICHOTERÁPIÁK FENOMOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉSE

Amióta a test ösztöntörekvései bekerültek a pszichoanalízis vizsgálódási körébe, magát a testet, mint pszichés entitást leginkább a testorientált terápia, ezzel együtt a testpszichoterápia helyezték a terápia munka fókuszába. A mai testterápia és a testpszichoterápia integratív irányultságával és sokszínűségével olyan terápia technikákat alkalmaz, amelyek alkalmasnak bizonyulnak a testi integráció át az archaikus affektusok emocionális szinten történő feldolgozására.

Fenomenológiai szempontból jelentőséggel bír a testpszichoterápia megkülönböztetése, amennyiben betekintést ad a testi folyamatok pszichés történéseinek tudatosításába. Módszertanilag áttekintve tehát a három testpszichoterápiás fejlődési irány különbözősége érthetőbbé tehető azáltal, ha megértjük, hogy történetileg mindhárom terapeuta saját módszertanában mindegyik testpszichoterápiás irány elképzeléseit képviselte.

Az analitikus testpszichoterápia módszertana azután válhat transzparenssé, miután megtalálta a helyét az analitikus pszichoterápia sorában.

Ha az analitikus testpszichoterápia az analitikus pszichoterápia között kíván helyet foglalni, úgy az analitikus pszichoterápia meghatározó szempontjait, formai és tartalmi esszenciáit hitelesen kell képviselnie, ezért elsődlegesen a módszertanban megjelenő különbözőséget szükség szerű definiálni. Ennek alátámasztásaként az analitikus pszichoterápia formai és tartalmi esszenciáival kell összehasonlítanunk a testpszichoterápia jellemző módszertanát. Ahhoz, hogy világosan lássuk, hogyan kerül be az analitikus testpszichoterápia az analitikus pszichoterápia alkalmazási körébe, a testpszichoterápia fejlődésének történetét követve át kell gondolnunk az analitikus testpszichoterápia és az analitikus pszichoterápia viszonyulását. Ezért a dolgozat következő célkitűzése, hogy fenomenológiai megközelítésben tárgyalja az analitikus testpszichoterápia és az analitikus pszichoterápia egymáshoz fűződő viszonyát.

Az analitikus testpszichoterápia fókusza elsődlegesen a testtel történő munka kapcsolati szempontjaira helyeződik, a páciens és terapeuta illeszkedése révén létrejövő testi viszontátétel mellett. A német iskola fenomenológiai alapjait figyelembe véve az analitikus testpszichoterápia ismeretelméleti hátterét a dolgozat III. fejezetében tárgyalom részletesen.

1.3. AZ ANALITIKUS TESTPSZICHOTERÁPIÁBAN MEGJELENŐ TESTKÉPVIZSGÁLAT ALKALMAZÁSA

A testpszichoterápiák fejlődésének történeti keretben való elhelyezésén, illetve alapvetően a Tilman Moser és Peter Geißler által képviselt analitikus testpszichoterápia jellemzőinek és sajátosságainak bemutatásán túl a dolgozat további célkitűzése, hogy a testképvizsgálatban megjelenő testkép-szobor tesztnak, mint terápiás segédeszköznek az alkalmazhatóságát bizonyítsa.

A pszichotikus páciensekkel végzett testképvizsgálat megfelelő eszköz lehet akkor, ha a kutatás középpontjába az analitikus testpszichoterápia alkalmazhatóságát helyezzük. A testkép-szobor teszt, mint taktilis propioceptív, terápiát támogató eszköz vonható be a terápia folyamatába, amely a személyiség integrációs szintjének megjelenítésére ad lehetőséget. A terápia hatékonyságát facilitáló segédeszközként az alkotással szerzett tapasztalatokkal együtt befolyásolja az önértékelést és ezzel együtt a testképet.

Rövid esetpéldákon át teszem tartalmilag követhetővé, hogy a bemutatott testképvizsgálat és az egyéni terápiák mikroanalízise (alkalmazott mikropraktikák) a test megéléséhez, a testélményekhez köthető képzeteket tekinti a terápiás munka kiindulópontjának. Mint látni fogjuk, ebben a gyakorlatban a kialakult testi dialógus kiemelt jelentőséggel bír, mert feltételezhetően a testi dialógus nyújt alapvető támaszt és védelmet az elementáris szorongások oldásában. A testi dialógus középpontjába ezért egyértelműen a preverbális fejlődési időben konstituálódott tartalmak tárgyalása kerül. További feltételezésem tehát, hogy a testkép-szobor teszt alkalmazása az egyéni terápia során a pácienssel folytatott párbeszédet katalizátoraként értelmezhető. A gyakorlati munka bemutatásával elmondhatóvá válik a testbe íródott múlt élettörténetbe való beépítése és a testi tudattalan feltárása, beleértve a preverbális múlt emlékeihez társuló affektusok megjelenítését, ami az analitikus testpszichoterápiák alapját képezi, a legkorábbi életszakaszoktól kezdődően.

2. PSZICHOANALÍZIS ÉS TEST: A TESTI MEGÉLÉS ZAVARAINAK ÉS TERÁPIÁJÁNAK TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉSE

2.1. A TESTPSZICHOTERÁPIÁK GYÖKEREI

2.1.1. „Az ösztönök képviselik a test követelményeit a lelki étellel szemben”

Sigmund Freud a hisztériával kapcsolatos elméletében utalt a test szimbolikus nyelvére. Kezdetben flexibilis testi-lelki kezelési technikát is alkalmazott. Masszírozta pácienseit, és hipnózis alatt kérdezte őket, homlokukra helyezte a tenyerét, hogy elősegítse a szabad asszociációkat (Freud, 1998/1895). Freud később a testtel már csak elméleti vonatkozásban foglalkozott, különösen az ösztönelmélet összefüggésében, mert „az ösztönök képviselik a test követelményeit a lelki étellel szemben” (Freud, 1982/1938, 11). A kezelésre vonatkozóan azonban azt gondolta, hogy valamennyi motoros impulzust a pszichés területre kell irányítani (Freud, 2003/1914). Freud így nem a test kezelésére, hanem annak meghallgatására és megfigyelésére helyezte a hangsúlyt.

Ez azzal állhat összefüggésben, hogy Freud az áttételi neurózisban szenvedő páciensek kezelése alapján fejlesztette ki technikáját – hisztériával, depresszióval és kényszerbetegséggel összefüggésben. A kezelés célja az volt, hogy megszüntesse a nem kívánt képzetek elfojtását, valamint tudatossá tegye a tudattalan belső konfliktusokat. A kezelés technikai alapelemei ezért a páciens szabad asszociációi és az analitikus értelmezései voltak. Freud szerint az analitikus testi absztinenciája azoknál a pácienseknél volt ésszerű, akik esetében a tudattalan konfliktusos képzetek többszörös szexuális tematikával bírtak, más betegek esetében azonban nem volt feltétlenül alkalmazható. Az analitikus és a testorientált kezelési technikák összekapcsolásának első elméletei tehát más típusú betegségek kezeléséből eredtek. Ki kell emelnünk Georg Groddeck (1866–1934) mindaddig kevesebb figyelmet kapott jelentőségét a testpszichoterápiák fejlődésében. Őt a német iskola az első jelentős testpszichoterapeuták között tartja számon.

2.1.2. Georg Groddeck, a pszichoszomatika előfutára

Groddeck 1900-ban magánszanatóriumot nyitott Baden-Badenben, és mint a pszichoszomatika felfedezője alapvetően külön utakon járt a pszichoanalízis megközelítését illetően. Tapasztalatai alapján a betegségeket szimbólumokként kezdte

értelmezni. Groddeck azáltal vált a pszichoanalitikusok között ismertté, hogy Freud átvette tőle az „Es” (ösztönén-én) fogalmát. Az ősvalami, az Es fogalmát Groddeck vezette be a pszichoanalízisbe, amit eredetileg Nietzsche-től vett át. Groddeck (1923) szerint minden betegség, így a testi betegség is az ősvalami működése nyomán jelentkezik.

Groddeck Freuddal ellentétben elsősorban a funkcionális és pszichoszomatikus panaszokban szenvedő pácienseket kezelte. A pszichoterápiás beszélgetések mellett összekapcsolta az analízist a masszázst technikájával. A pszichoszomatikus eseteknél mély kötőszöveti masszázst alkalmazott, amelyet Downing (1996) a rolfing testkezelési eljáráshoz hasonlít. (A rolfing olyan mélymasszázs, amely a letapadt kötőszöveteket oldja. Ez az eljárás Ida Rolf amerikai bioenergetikus nevéhez fűződik, aki praxisa során mindvégig hangsúlyozta, hogy a helytelen testtartást az érzelmi instabilitás eredményezheti.) Míg a kezelés célja az izomfeszültség ellazítása és a légzés megkönnyítése volt, Groddeck már a páciensek álmaival és asszociációival, valamint az áttétel kezelésével is foglalkozott. Groddeck tehát a test és a szavak nyelvét használta csatornaként az „Es” közlései számára, elméletében a test nyelve, mint a tudattalan csatornája jelent meg. Azt, „ahogyan lélegzünk”, Groddeck egyértelműen az „Es” megnyilvánulásának nevezte (Groddeck, 1992).

Freuddal ellentétben Groddeck nem adta fel a masszírozást. A VI. Általános Orvosi Pszichoterápiás Kongresszuson, 1931-ben Drezdában tartott előadásában a következőt emelte ki: „a masszázs és a pszichoterápia összetartoznak” (Groddeck, 1931, 55). Groddeck ebben az előadásában fejtette ki gondolatait arról a terápiás kapcsolatról is, amit ma Reich (1942/1927) után „vegetatív rezonanciának” is nevezünk.

A régi orvostudomány értelmében Groddeck a pszichoterápiás kezelés során a tapintást a látással, hallással vagy a szaglással egyenértékűnek tekintette. Terapeutaként és teoretikusként is sokat foglalkozott a látás és a tapintás pszichoszomatikájával. Ebben az időben intenzív levelezést folytatott Freuddal. Mindenekelőtt azonban Ferenczire volt nagy hatással, aki 1920-ban találkozott Groddeckkel, és a haláláig szoros kapcsolatban állt vele. Groddeck érezhetően hatással volt a pszichoanalitikus technikát és fejlődési célokat megfogalmazó mű (Ferenczi és Rank, 1924) formálódására. A testpszichoterápia fejlődése szempontjából azért jelentős számunkra Ferenczi Sándor és Otto Rank együttműködése, mert elsőként kísérelték meg, hogy a testi cselekvést és kifejezést beemeljék a pszichoanalízis területére.

2.2. A TESTPSZICHOTERÁPIA KORAI ELŐFUTÁRAI

2.2.1. Ferenczi és Reich, mint a testpszichoterápia megalapozói

Ferenczi Sándor (1873–1933) egyike volt az első pszichoanalitikusoknak, akik aktív technikákkal kísérleteztek. Rankkal közösen írt könyve, *A pszichoanalízis fejlődési céljai* (Ferenczi és Rank, 1924), tudatosan elfordul a pszichoanalízis sztenderd módszerétől, terápiás gyakorlatában mindkét szerző az „itt és most” megélésének gyógyító erejét emeli ki. Ferenczi Rankkal együtt hangsúlyozza az élmény szerepét a fantáziák mellett és azt a vitathatatlan tény, hogy minden lelki történés emberi kapcsolatokba van beágyazva, továbbá azt is, hogy a társas kapcsolatokon át a környezet nagyobb jelentőséget kap. Így munkássága alatt mindvégig hangsúlyozta az orvos-beteg kapcsolat empatikusabb alapokra való helyezését. Idővel az interakcionális pszichoanalízis úttörőjévé vált a verbális dialógus kiszélesítése által, hiszen az interakció minden formájában meglátta a páciens közlésigényét. Minden neurotikus vagy pszichoszomatikus tünetben a libidó és a valóságérzék korábbi fejlődési fokokhoz való regresszióját látta. *A valóságérzék fejlődésfokai és patológus visszatérésük* (Ferenczi, 1982/1913) talán az első én- és szelfpszichológiai mű a pszichoanalízis történetében (Pfitzner, 2005).

Ferenczi számos pácienszt kezelt, akik gyerekkorukban traumatikus eseményeket éltek át. Freuddal ellentétben ragaszkodott ahhoz, hogy a valós traumák, elsősorban a szexuális traumák, jelentős szerepet játszanak a lelki betegségek patogenezisében.

Traumafelfogásában elsősorban azt képviselte, hogy az analitikusnak nem ellenállásként kell felfognia a regressziót, hanem biztonságot adó megtartásával kell támogatnia a pácienszt.

Ferenczi egyik utolsó írásában azt fogalmazta meg, hogy a valós traumák nyelvzavarhoz vezetnek a felnőtt és a gyerek között, ami megismétlődik az analitikus kezelések során, ha az analitikus és a páciens között nem őszinte a viszony, mint a szülők és a traumát átélt gyerekek között (Ferenczi, 1971/1933). Ferenczi ezért következetesen az analitikus őszinteségét és melegszívű jelenlétét hangsúlyozta, amivel megelőlegezte Rogers új definícióját a terapeuta viselkedésével kapcsolatban (Rogers, 1992). Ferenczi nem értett egyet Freud fatalizmusával sem, mely szerint néhány pácienszt nem lehet kezelni. Inkább olyan utakat keresett, ahol a súlyos és a korai zavarok esetében is analitikus segítséget lehetett nyújtani.

Groddecket követve úgy gondolta, hogy a kezelés során a testi viselkedésből felismerhetőek a páciens preödipális vagy preverbális történetének jelentősebb részletei. Ezért olyan technikával kezdett kísérletezni, amelynek során a mozgásimpulzusok az analízisben aktív elfojtásra kerülnek, így láthatóvá válik, mely lelki tartalmak tudatosulnak. Groddeckkel való találkozása után egy „aktív technikára” váltott, ahol a mimikát, a gesztikulációt, a testtartást és a magatartást, mint a tudattalan nyelvét használta, és a pácienseket arra bátorította, hogy figyeljenek a testük megtapasztalására (Ferenczi, 1971/1933; Downing, 1996).

Ferenczi néhány későbbi, mint pl. a *Klinikai napló 1932* írásában már átlépte a freudi egyszemélyes pszichológia határait, azzal, hogy az áttétel és a viszontáttétel jelentőségén túl egzisztenciális tapasztalatait is beemelte a terápiás gyakorlatába. Praxisát a személyéből áradó jóság, alázat, szerénység és hitelesség jellemezte, amely egzisztenciális tapasztalatként megfogalmazva megalapozta a német nyelvterületen formálódó interszjektív-relációs perspektíva előkészítését. Meghaladva elméleteiben a karteziánus dualizmust, hozzálátott a pszichoanalízis és az éppen kialakuló testpszichoterápia közötti koncepcionális és gyakorlati közvetítés kidolgozásához. Kezelései során egy rugalmas technika mellett foglalt állást, és a kezeléseket során „anyai tárgyként” viselkedett, akinél a páciens felidézhetette a kora gyermekkori kapcsolati formáit (Ferenczi, 1997/1928). A páciensnek testi támaszt nyújtott, ha a páciens infantilis traumatikus megrázkódtatások érték. Ferenczi úgy gondolta, hogy az analitikusnak a páciens „anyai gyöngédséggel” kell kezelnie, ha ez az anyai gondoskodás a gyermekkorban hiányzott. Nem azért, hogy valamit pótoljon, hanem azért, hogy megkímélje a páciens az analízis során az ismétlődés kényszerétől. Támogatta a regressziót a preverbális lelki tartalmakhoz való visszatalálás érdekében, és aktiválta az áttételt a testorientált párbeszéd módszerei során. Sajnos azonban nem volt koncepciója arra, miként hozza ki a pácienseket a regresszív állapotokból (Downing, 1996).

Ferenczi saját kísérleteit technikai kiegészítésként értelmezte a pszichoanalitikus kezeléseket keretében, és nem mint a terápia egy új formáját. Ezért nem is alapított testpszichoterápiás irányzatot. Mivel Ferenczi Freuddal való nézeteltérése miatt halála után nem élvezett népszerűséget az akkor meghatározó pszichoanalízis képviselői körében, sőt, néhány analitikus inkább paranoidnak tartotta őt, elmélete ezért hosszú időre feledésbe merült.

Nézetei tanítványa, Bálint Mihály munkáiban (Bálint, 1994, 1997) váltak ismertté, aki Freuddal ellentétben az anya és a gyermek ösztönös egymásra utaltságából indult ki.

Bálint nézetei szerint az analitikusnak szimbolikusan elsődleges tárgyként kellett viselkednie. Kezeléstechnikai szempontból az előzőekben bemutatottak szerint ez többek között annyit jelentett, hogy Ferenczi a páciensek számára a regresszió során megengedte a testi kontaktust.

Wilhelm Reich (1897–1957) a Bécsi Pszichoanalitikus Ambulancián olyan páciensekkel dolgozott, akiket ma borderline eseteknek nevezünk. *Az ösztönös karakter* (*Der triebhafte Charakter*, 1925) című könyvében Reich elsőként írta le ezt a patológiát. Ferenczihez hasonlóan Reich is a kora gyerekkori traumák jelentőségét hangsúlyozta a betegség gyógyítása során, mert csakúgy, mint Ferenczi, gyakran találkozott a törődés hiányával a pácienseknél. A páciensek kezelése során már a klasszikus pszichoneurotikus konfliktusok feldolgozása mellett annak figyelembevétele is középpontba került, hogy ezek a páciensek nem rendelkeztek stabil én-struktúrával, hiszen a szimbolizálásra való képességük korlátozott mértékben volt jelen. Reich tehát kezelési eljárásában azzal szorgalmazta a pszichoanalitikus technika megváltoztatását, hogy a napi praxisa során az aktuális áttételre vonatkozó munkára fektetett nagyobb hangsúlyt, amit ma a Gestalt-terápia fogalmával az „itt és most” kapcsolatára vonatkozó munkának neveznénk. Ezt a gondolatot megtaláljuk Kernberg (1993) „expresszív pszichoterápiájában” is a borderline pácienseknél. Reich döntésének egyik oka tehát a testpszichoterápia mellett az volt, hogy új kezeléstechnikai utakat keresett a páciensek azon csoportjához, akik pszichoanalitikus szempontból még évtizedekkel később is kezelhetetlennek minősültek.

2.2.2. Karakterpáncél és karakteranalízis: a bécsi pszichoanalitikus szeminárium és a berlini iskola

Wilhelm Reich Otto Fenichellel együtt Bécsben a bécsi ifjúsági mozgalom baloldalához tartozott, amely támadta a szexualitás korabeli kezelését, és a test, illetve a szexualitás mélyebb és szabadabb megélése mellett szállt síkra. Reich a harmincas évek elején a Sex-Pol mozgalomban megélte gondolatainak, mozgalmi törekvéseinek megvalósulását (Erős, 1991, 142–147).

Elmélete szerint azok a páciensek, akik a terápia eredményeként kialakították a teljes genitális készségüket, egész lényükre nézve gyökeres változást éltek meg, ami nem csak a magánéletükben, hanem a társadalmi viszonyaikban is jelentős volt. Gondolatai szerint a genitális kielégülés feloldotta a szexualitás és a munka között

megjelenő ellentétet, és megváltoztatta a páciensnek a szexualitáshoz és a korábbi énjéhez való viszonyulását. A szexualitásnak az ember életére és a politikához való viszonyára gyakorolt befolyásáról szóló nézete miatt egyet nem értés alakult ki közöttük és Freud között.

Reich továbbhaladt azon a freudi szálon, miszerint a társadalmi jelenségek háttérében a nemiség keresendő, és hangsúlyozta, hogy az ember szexualitása mindaddig nem válhat szabaddá, amíg nem él szabad társadalomban. Megállapításai szerint a szexualitás elnyomása nemcsak lelki zavarokat okoz, hanem kihat az ember világnézetére is. Reich szerint tehát szexuális forradalom nélkül nem lehet politikai forradalomról beszélni, és a társadalmi viszonyok megváltoztatása nem jelent semmit, ha maga az ember nem változik. A változtatást a nevelés és a családi élet terén kell kezdeni, ugyanis a családi életet tartotta a szexuális problémák forrásának. A szexualitás szabad megélésének impulzusa Reich egész életét végigkísérte.

Az aktuálneurózisra vonatkozó freudi elmélet értelmében hitt abban, hogy az elfojtott szexuális energia valamennyi neurózis energetikai forrása, és abban, hogy az elfojtott szexuális energia a test „vazovegetatív rendszerében” marad (Reich, 1942/1927). Reich ezt a terápiát a személyiség vegetatív elemzésének tekintette. A „vegetatív” számára az a mozzanat volt, amikor a légzés mozgósította az érzést, ami aztán aktivizálta a vegetatív központot, és végül felszabadította a vegetatív energiát. A valódi gyógyulást abban látta, ha a terápia során megszűnik a neurózis energetikai forrása, azaz, ha a páciens képes lesz a szexuális aktus során „az utolsó vegetatív önkéntelen odaadásra” (uo. 32). Ezt a képességet nevezte Reich orgasztikus potenciálnak. Úgy gondolta, hogy bár lelki élményanyag táplálja a neurózist, azonban az, hogy ez betegséghez vezet-e, a szexuális energia levezetésének mértékétől függ (Reich, 1942/1927). Reich terápiájának lényege ekkor tehát abból állt, hogy izgalmi állapotot váltson ki az orgasztikus potenciál elérése céljából. Itt ki kell emelnünk, hogy ebben az értelemben a lelki történések ösztönökönómiai alapjait tekintve Reich Freud korai libidó-elméletét követte. Reich tehát ebből az elméleti háttérből indult ki, mielőtt terápiás szempontok szerint kezdett dolgozni a testtel.

Az 1920-as években a pszichoanalízis egyik vezető problémája az volt, hogy a legtöbb páciens nem rendelkezhetett asszociációs képességgel, mert ellenállásuk ezt megakadályozta.

Az emlékek vagy az Es-tartalmak értelmezése az álmokban vagy áttételi fantáziákban (amely akkoriban a meghatározó technika volt) gyakran nem vezettek a

kívánt terápiás változásokhoz. Reich, aki 1924 és 1930 között a Bécsi Pszichoanalitikus Egyesület „technikai szemináriumát” vezette, azt javasolta, hogy az ellenállásokat alapvetően az ösztönös vágyak előtt értelmezzék, mert csak az ellenállás oldásán keresztül található meg az elfojtott ösztön eredeti energiája. Megfigyelései alapján a páciensben megjelenő ellenállások oldódtak, amikor az izomzaton, a testtartáson vagy a légzésmintán „dolgozott”. Témám szempontjából *Charakteranalyse* (Reich, 1933) című munkájára fordítottam nagyobb figyelmet. Kezelései során elengedhetetlennek tartotta, hogy az analitikus konfrontálódjon a karakterpáncéllal, és az ellenállások szisztematikus elemzését hangsúlyozta a felszíntől egészen a mélyebb rétegekig.

Ebben a munkájában kitért arra, hogy a pszichoanalízis tabui bizonyos esetekben csak megerősítették a páciens neurotikus tabuit, így lassanként szakított ezekkel, és olyan más kezelési technikákat kezdett alkalmazni, mint például az érintést, a nyomás gyakorlását az izomzatra, vagy válaszolt a páciens által feltett kérdésekre. Reich ezen a ponton közelében járt a kétszemélyes pszichológiának, amelyben a kapcsolati zavarok elemzése elsőbbséget élvezett a tudattalan anyag elemzéséhez képest. Reich azonban nem ezt az utat követte, hanem Freud nézeteit, aki a beteget a tudományos elemzés és kezelés tárgyának tekintette (Sharaf, 1994). Következtetése pusztán technikai természetű volt, miszerint az analitikusnak aktívan és módszeresen kell keresnie az elemzendő anyagot.

Reich megállapította továbbá, hogy a jellembeli viselkedések gyakran járnak együtt bizonyos testtartásokkal. Ferenczihez hasonlóan, aki figyelt a páciensek testbeszédére, Reich már a *Charakteranalyse* című munkája első kiadásában, tehát mielőtt elkezdte volna a testorientált kezeléseket, pontosan leírta a páciensek testbeszédét, melyet azután élettörténetük összefüggésében értelmezett. A mozgásból, mimikából vagy az egyes izmok tónusából ugyanúgy diagnosztizálta a karakterpáncélt, mint a lelki tartalmakból. A karakterbeli és testi viselkedés ugyanannak a jelenségnek különböző aspektusait jelentették. Végül arra a meggyőződésre jutott, hogy az elfojtás is testi folyamat, mely a harántizomzat megfeszülésén át zajlik. Ez vezette el az izomzati görcsösség és a lelki elfojtás „funkcionális identitásának” posztulátumához (Sharaf, 1994). Mindkét esetben a fájdalmas érzések elhárításáról volt szó, melynek során a két folyamatot egy egységes életfolyamat funkciójaként értelmezte, ami szerinte testi és lelki szinten is manifesztálódott.

Reich a testi jelenségeket a kezelés során szavakkal nevezte meg. Később áttért arra, hogy közvetlenül a testi elhárítási módokat kezelje. Szerinte ugyanis ha „a

neurotikus karakter és az izom disztónusa” (Reich, 1933, 458) funkcionális egységet alkot, akkor a pszichés zavar megközelíthető az izomgörcsön keresztül is. Reich ezért a páciensektől azt kérte, hogy testi szinten is fejezzék ki érzéseiket: kiabáljanak, kapálózzanak, vágjanak grimaszokat. Mindeközben a görcsös izmokat nyomogatta, masszírozta, és kezét a megfeszült testrészekre helyezte. Terápiájában mindez azt a célt szolgálta, hogy serkentsen az érzések áramlását, és a páciens tudatosítsa az addig elfojtott érzések kifejezésében. A páciens tehát abban erősítette meg, hogy engedje szabadon a test önkéntelen mozgását és affektusait. Kifejezett célja minden esetben a tudattalan konfliktusok feltárása és az elfojtott emlékek felszabadítása volt, csakúgy, mint az emlékek intenzívebb újraélése. Fentiek alapján egyre inkább láthatóvá válik, hogy a testorientált kezelés analitikus értelmezése és célja különbözteti meg Reich módszerét a tapasztalat-orientált módszerektől. Továbbra is hangsúlyozta, hogy az analitikus figyelme a tartalmi elemekről a formákra kell, hogy irányuljon, következésképpen a páciens egész viselkedését be kell vonni az értelmezés körébe.

A terápiás atmoszféra jelentőségét Ferenczi hangsúlyozta legerőteljesebben a súlyosan traumatizált páciensek kezelési technikáival kapcsolatban. Reich fontosnak tartotta, hogy a fő ellenállást jelentő karaktervonást a személyiség egészéből kiemelje, ezáltal a páciens egy bizonyos távolságból szemlélhette saját személyiségének egy tulajdonságát, és azt tünetként foghatta fel. Reich a módszerét „vegetoterápiának” nevezte, amely által azt képviselte, hogy a lényeges változások a vegetatív tartományban zajlanak (Geuter és Schrauth, 1997). Kezelésének fő célja volt, hogy a páciens vegetatív vitalitását felszabadítsa. Törekedett arra, hogy a páciens emocionálisan, testileg és szexuálisan élénkebbé tegye, előhívja az elfojtott ösztön energiáját, és felszabadítsa ezeket az ösztönöket.

Reich Berlinben, ahol 1930 és 1933 között élt, fontos impulzusokat kapott a testpszichoterápia melletti döntésében. Berlin akkoriban a testorientált munka laboratóriuma volt, és egyben a szexuális élettel kapcsolatban is az új irányok olvasztótégelye. 1932-ben Reich itt ismerte meg második élettársát Elsa Lindenberg személyében, aki Elsa Gindler kurzusait látogatta, és ekkor a berlini állami operában volt táncosnő, ott, ahol Lábán Rudolf 1930–1934 között balettigazgatóként tevékenykedett. Lábán táncpedagógiai koncepciója a természetes mozdulatok felszabadítását célozta meg, ezért Reich legelső testtel kapcsolatos nézetei egyértelműen összefüggésbe hozhatók Lábán és Lindenberg hatásával.

Eva lánya szerint Reich maga is részt vett Gindler kurzusain, amely számunkra annyiban fontos, hogy a gindleri iskolát több, a későbbi jelentősebb pszichoterápiás irányzatot formáló terapeuta is látogatta. Később fokozatosan biológiai érdeklődése került előtérbe, ezt bizonyítja a *The Function of the Orgasm* 1942-ben megjelent munkája, amelyben részletesen ír az ún. Orgon-energiákról. A téma fontosságát jelzi, hogy Reich 1942-ben megalapította az Orgon Energy Research Institute-ot. Reich ebben a témakörben, mint más, fentebb említett műveiben is erőteljesen hangsúlyozta, hogy az elme gyakran felelős a test megbetegedéseirért. Reich a testi és lelki aspektusok összekapcsolását az évek során egy követhető rendszerbe foglalta, és ezzel a fejlődő testpszichoterápia egyik legjelentősebb alapítójának tekinthető.

2.2.3. A gindleri iskola hatása

A 19. században kezdett kibontakozni a természetes gyógyítás mozgalma, amely a mozgászavarok és a tüdő, valamint a légzési betegségek kezelésében a mozgást segítő eszközökkel és mechanikus légzőkészülékekkel dolgozó gyógyászat alternatívájaként jelent meg. A gyógyulás eszközei ekkor lettek a saját test, valamint a környezet, a mozgás, a levegő, a táplálkozás, a gyógyiszap és a víz. A mozgalomban kiemelkedő szerephez jutottak a gyógyító nők, akik megalapították az új légzési és testpedagógiát, és „a test Szent Gráljában látták felszabadulásuk lehetőségét” (Von Steinacker, 2000, 111). Terapeutaként amellet köteleződtek el, hogy a pácienseket természetes légzés és mozgás megtapasztalásához segítsék hozzá. A testpedagógia akkori hívei szoros kapcsolatban álltak a testkultúra korabeli mozgalmaival csakúgy, mint a reformgimnasztikával.

A mozgalom vezető nőalakjai közül elsőként Elsa Gindler (1885–1961) emelkedett ki, aki jelentős és tartós impulzust adott a mai testpszichoterápiának. Gindler gyermekkorából emelte át későbbi szakmai életébe az igényét, hogy a realitás talaján megállja a helyét, valamint azt, hogy a természethez fűződő bensőséges viszonyulását megőrizze. Hedwig Kallmayer iskolájában újra rátalált arra az impulzusra, amely segítségével a harmonikus gimnasztika irányában kezdett képezni. Önálló egzisztenciájának kialakítását az első világháború megakadályozta, így 1917 után kezdett az első kiképző csoportjaival foglalkozni. Ekkor alapította meg Berlinben saját „Harmonikus Testképzés Szemináriumát”. 1925 körül hozta létre a vezető tornaklubok képviselőivel a Német Torna Egyesületet, amely a nemzeti szocialista nyomás hatására

1933-ban felbomlott. Mindeközben a dolgozók gimnasztikájával is foglalkozott, és hangsúlyozta, hogy egyre inkább érezhető a hétköznapokban, hogy az emberek nem tudnak saját életükkel lépést tartani, ezáltal a testi, lelki és szellemi erők egysége felbomlik. Praxisában kiemelte, hogy nem a gyakorlatok, ezen belül bizonyos mozgások vezetnek a teljesítmény magasabb minőségéhez, hanem a koncentráció elérése. Képzésein nem csupán Reich élettársa, Elsa Lindenberg tanult nála, hanem első felesége, Annie is, valamint Laura Perls is, aki a Gestalt-terápia egyik jelentős alapítója volt. Gindlernél tanult továbbá Clara és Otto Fenichel is. Mivel Gindler és tanítványai ekkor szinte semmit sem publikáltak munkájukról, hanem azt személyesen adták tovább, Gindler módszerei a testpszichoterápiával kapcsolatban hosszú évekig csak szűk körben váltak ismertté (Geuter, 1996).

1924-en találkozott Heinrich Jacobyval, akivel a gyakorlati pedagógiai ismereteket kiszélesítve közösen vezetett kurzusokat és műhelyeket. Az együtt vezetett képzésen a gyakorlást a megtapasztalás jelentette, amely a testtartás és a mozdulatok által történt, azaz mindenki maga találta meg a tulajdon gyakorlatait, például azt, hogy mit kell tennie ahhoz, hogy a vállövet úgy lazítsa el, hogy az képes legyen ellátni az anatómiai funkcióját. Gindler célja minden esetben az volt, hogy felkeltse a tudatosságot a saját testtel szemben (Jacoby, 1983).

Itt fontos kiemelnem, hogy Gindler is egy kezelés során előforduló probléma miatt talált rá saját módszerére. Súlyos tuberkulózisban szenvedett, és ez volt a fő oka az életreform-mozgalom hatására megjelenő és a légzésre irányuló figyelmének. Ekkor még nem engedhette meg magának a szanatóriumi kezelést, így a testi önsegítés módszerén, azaz öngyógyításon keresztül próbálta meg a beteg tüdőlebeny megnyugtatását, míg az egészséges lebenyben óvatos változásokat engedélyezett (Selver, 1991). Gindler így fedezte fel a szervezet saját erőből történő reorganizációjának elvét: *annak megtapasztalását, ami van, és a változások engedélyezését*, ahelyett, hogy tennénk valamit a változtatás érdekében.

Ez az elv megtalálható Gindler egyetlen fennmaradt munkájában, amelyben leírja a légzés szorongásos visszatartását (Gindler, 1926). Ennek krónikusságát tárgyalta a testi félelemmintában, aminek során érzékeltette, hogyan lehet visszatartani, majd elindítani a légzést. Gindler, mint ahogyan Reich is, az elfojtás oka iránt érdeklődött, és nem az elfojtás maga, a félelem tartalma vagy a testi elfojtás jelentősége érdekelte, hiszen módszere abban az időben elsősorban testpedagógiai és nem feltáró pszichoterápiás jelleggel bírt. Munkásságában tehát erőteljesen képviselte az elvet, hogy az ember

mozog, és nem a test: megtestesíteni csak azt tudjuk, amit tenni akarunk. Módszerének lényege arra irányult, hogy miként bánik az ember a természet erőivel: az energia spontán fejlődésével egy tevékenység vagy az életfolyamatok során, ahogyan azok bennünk zajlanak, a nyugalom és az aktivitás dinamizmusával, magával a nehézségi erővel. Ezeknek a tapasztalatoknak lelki hatásai vannak, abban a ritmusban és mértékben, ahogyan az egyén érzékenyebbé válik, és ahogyan fogadja az általa megtapasztalt dolgokat, ezáltal egy átfogóbb megélést tapasztal meg saját magával. Ez azt jelenti, hogy életvezetésében nyitottá válik a napi élet kihívásaira és kapcsolatainak mélyebb megélésére. Gindler a nemzeti szocialista uralom alatt a nyilvánosságtól visszavonultan dolgozott, ezért Jacobyval meglehetősen nehezítetté vált az együttműködése, aki időközben Svájcban vezetett csoportokat. Röviddel a háború vége előtt stúdióját bombatalálat érte, amely egészségileg jelentős mértékben megviselte, és csak az ötvenes évektől kezdett újra saját stúdiójában dolgozni tanítványával és munkatársával, Sophie Ludviggal együtt.

Gindler munkája sokrétű hatást gyakorolt a pszichoterápia fejlődésére. Ruth Cohn, aki a „témaközpontú interakció” megalapítója, szintén a berlini gindleri iskolába járt, és valószínűleg Gindlertől vette át saját módszere alapelvét, a mozgó egyensúly elvét (Zundel, 1991). A gyógyító nők kiemelkedő alakjai közé tartozott Charlotte Selver, aki előzőleg Münchenben Mary Wigmannél tanult, és Gindlerrel közös kurzusokat tartott. Selver 1950-ben vezette be a „szenzoros tudatosság” fogalmát (Selver, 1974). Hozzá járt kezelésre az 1940-es években Perls is, aki Gindlertől vette át a Gestalt-terápia központi testi módszerét, a *tudatos érzékelés* fogalmát. (Geuter, 1996). Selver később a kaliforniai Esalen Intézet tagjaként az 1960-as években a humanista mozgalom hatása alatt álló testpszichoterápia egyik jelentős alakjává vált. Gindler hatással volt Helmuth Stolze-ra is, aki a gindleri munkából fejlesztette ki a saját testpszichoterápiás módszerét, aminek 1958-ban a „koncentratív mozgásterápia” elnevezést adta (Pokorny és mtsai, 1996).

Pokorny egy összefoglaló munkájában kiemeli, hogy a „koncentratív mozgásterápia” (KMT) nem csupán megszabott feladatokat, hanem elsősorban egy „tapasztalati kínálatot” tartalmaz. Ez azt jelenti, hogy a terapeuta egy tett vagy egy mozgás tudattalan jelentőségét annak szimbolikus karakteréből állapítja meg, amely aztán pszichoterápiás szempontból egy beszélgetés keretében kerül feldolgozásra. Egyúttal az érzékszervi észlelésen és a tárgy megtapasztalásán keresztül kerül támogatásra a testi önmegettapasztalás, ami ösztönzi a „differenciálási és utóérési

lépéseket” (Pokorny, 1996, 16). Egyidejűleg tehát olyan megtapasztalási, tanulási és feltárási folyamatról van szó, amelyben számos testorientált gyakorlati tapasztalat, mint kínálat próbálható ki és fejleszthető. Elméleti síkon ezt a módszert pszichoanalitikusok dolgozták ki, így illeszkedik a pszichoanalitikus elmélethez, és a megélés a testorientált munka során a pszichoanalitikus fejlődési elmélet háttérével együtt válik értelmezhetővé.

Gindler elméletének impulzusai és a koncentratív mozgásterápia módszere ma is megtalálható a fogyatékosokkal, valamint a fogyatékos és fejlődészavarral küzdő gyerekekkel végzett munkákban, többek között Pikler Emmi (1969) és Miriam Goldberg (2002) munkásságában is.

2.3. A VI. ORVOSI PSZICHOTERÁPIÁS KONGRESSZUS, DREZDA (1931) JELENTŐSÉGE

A testorientált terápiák és a pszichoterápiák kapcsolódásának egyik dokumentált csúcspontja a VI. Általános Orvosi Pszichoterápiás Kongresszus volt, amelyet 1931-ben Drezdában Kretschmer elnöklése alatt rendeztek. A kongresszus Gustav R. Heyer előadásával kezdődött „A lélek kezelése a test kezelése által” témakörben. Heyer előadásában emellett foglalt állást, hogy „ki kell fejleszteni egy, a pszichoanalízisnek megfelelő fiziológiai elméletet és terápiát, hiszen a lelki történések dinamikus szemlélete a test területét is érinti, a vegetatív idegrendszerben, vagy az endokrin rendszerben ugyanúgy találunk poláris feszültséget, mint a lelki történésekben” (Heyer, 1931, 2). Heyer javasolta, hogy a test gimnasztikán, sporton, légzéskezelésen, masszázson, hormon- és homeopátiás kezelésen, klímaváltozáson, fürdőn keresztül kerüljön be a terápiába, „hogy hatással lehessünk a szervek működésére a megnövekedett libidomegszállás, vérellátás, és kiválasztás értelmében” (Heyer, 1931, 6).

A konferencia előadásai azt a koncepciót képviselték, amely később Thure von Uexküll-nél és a „funkcionális ellazulás” módszerében is megtalálható, azaz a „funkciókör” koncepcióját (Uexküll, 1997). Weinberg arról beszélt, hogy a pszichikai és a szomatikus jelenségeket is az organizmus funkcióinak kell tekinteni, és minden pszichés funkció egy zárt kört alkot a vegetatív rendszer egy bizonyos funkciójával (Weinberg, 1931). Ezt a gondolatot a vegetatív idegrendszer akkoriban vita alatt álló antagonisztikus működésével világította meg, amivel ekkor Reich is foglalkozott, miután többek között Cannon (1927) is rámutatott a szimpatikus tónus és az érzelmek

között megjelenő összefüggésekre. Georg Roemer szintén beszélt a kongresszuson a „pszichofizikai funkciókorról”. A légzés jelentőségére vonatkozóan egy máig érvényes érvet emelt ki: „mivel a légzés vegetatív-önkéntelen módon zajlik és egyben „kortikális-tudatos” módon lehet befolyásolni, ezért a fizikai és a pszichés közötti jelenség az oka „[...] hogy a leghalkabb folyamatok tükröződnek a légzésben, a vegetatív és a tudatos idegrendszerben is” (Weinberg, 1931, 19).

Roemer meggyőződése volt, hogy minden neurózist légzésterápiával lehet leginkább kezelni, ezért a „kombinált testorientált-lelki terápiát” „a jövő pszichoterápiájának” nevezte (Steger 1931, 29). A kongresszuson elhangzott, hogy Lábán Rudolf mozgásemélete megfelelő gondolkodási keretet ad a testtel folytatott terápiás munkához. A „pszichológiai gimnasztika” első feladata mindig az, hogy „az életenergiát, a libidót újra a test felé fordítsa”, amit a lelki betegség elvon az éntől (Steger, 1931). Ez a terápiás célkitűzés később Lábán és Reich gondolataiban is megtalálható volt. Lábán saját munkáiban nyomon követhető, hogy az egész széttagolásának szánt kiemelt figyelmet, és megfigyeléseinek útjai alapvetően az analízishez vezettek.

2.3.1. Testorientált munka a nemzetiszocializmus idején és azt követően

Lucy Heyer, Gustav Heyer felesége Zürichben pszichoterápiás képzésen vett részt férjével, és alapvetően testorientált szemléleti keretben dolgozott a neurózisok kezelésén. A házaspár az asthma bronchiale kezelésével foglalkozott kombinált pszichoterápiás és testterápiás eszközök segítségével. Amikor G. Heyer 1939-ben a berlini Német Pszichológiai és Pszichoterápiás Kutatóintézetbe került, tovább folytatta a testorientált munkát, ahol a pszichoterapeuta képzés tantervének szintén jelentős részét képezték a légzésgyakorlatok.

A légzésterápia és a mélypszichológia közötti kapcsolat a nemzetiszocializmus idején is megmaradt. A náci üldöztetés miatt Reich és a Gindler-tanítványok többsége, többek között Carola Spitz (emigrációban: Speads) elhagyták Németországot. A Reich-féle testpszichoterápia és a gindleri munka a háború után Nagy-Britannián és az Amerikai Egyesült Államokon keresztül került vissza Németországba. A táncterápia, amelyhez a németországi kifejező tánc adott kezdő impulzusokat, az Egyesült Államokban formálódott tovább, és később az 1970-es években került vissza Németországba (Trautmann-Voigt, 1998/99). A hatodik drezdai pszichoterápiás

kongresszus gondolatai azonban később a pszichoterápiában már nem játszottak jelentősebb szerepet, mert a háború utáni német pszichoanalízist évtizedekig az analitikus kezelési technikák bővítéséről és módosításáról folyó viták határozták meg.

A német pszichológia gondolati hagyományainak kontinuitása főleg Karlfried Graf Dürckheim (1896–1988) munkáiban volt követhető. Dürckheim esetfelfogására alapvetően a kifejezéslélektan gyakorolt hatást, amely mint a katonatisztek kiválasztása során alkalmazott tudomány, porosz-militarista képet formált a testről (Geuter, 1997).

A háborút követően a pszichoanalízis során a holokauszttal áldozatainak traumaélményeit vizsgáló kutatások áttörést jelentettek a háború, az üldöztetések és a terror általi traumatizálódás mértékének alaposabb megismeréséhez, azonban közvetlenül magára a testre vonatkozó kezelési programokat nem terjesztettek ki. A terror és a haláltól való szorongás miatt bekövetkező regresszió magával hozta a felismerést, hogy a megrázó élmények a felnőtt korban is olyan traumákat válthatnak ki, amelyek a gyermekkorban elszenvedettekhez hasonlatosak. Az eredeti trauma, mint annak családon belüli elhallgatása is olyan következményekkel jár, amelyek testi és lelki jelenségekben csapódnak le. Ez némi magyarázatot adhat arra, hogy a testterápia legtöbb formája, jóllehet eredetét tekintve Európából indul fejlődésnek, mégis megváltozott formában az Egyesült Államokból került vissza Európába.

A pszichoanalízis testpszichoterápiás irányzatának az általam áttekintett német nyelvű irodalmában Hitler és a nemzetiszocializmus, mint olyan, a címszavak jegyzékében nem lelhető fel. Esetleírásokból ismert, hogy az érintett családok gyermekei esetében az analízisek során alig alakult ki valódi vita kezeléstechnikai problémákról. A témában megjelent írások (Eckstaedt, 1989) rámutatnak, hogy a náci uralom és a háború, mindenekelőtt egyrészt a szenvedés, másrészt a szorongás és a pánik, valamint az apák családon belüli hiánya révén az elsődleges kapcsolatot nagymértékben befolyásolta. A mai páciensek szülei millióinál tömegesen indukált borderline személyiségstruktúráról beszélhetünk. Valószínűsíthető, hogy ugyanez elmondható a II. világháború során, illetve a közvetlenül azután született gyermekek esetében is.

2.4. MARIANNE FUCHS JELENTŐSÉGE AZ ELLAZULÁSI TECHNIKÁK FEJLŐDÉSÉBEN

A „funkcionális ellazulás” a testpedagógia fejlődési irányából érkezve Marianne Fuchs (1908–2010) nyomán egyre nagyobb hangsúlyt kapott. Fuchs Münchenben a Günther gimnasztikai, zene- és tánciskolában tanult, amelyben Carl Orff elementáris zeneoktatási koncepciója is megvalósult az ütőhangszerek alkalmazásával. Az iskolához egy kamara táncszínpad is tartozott, ahol Fuchs funkcionális gimnasztikát tanult és tanított. Fuchs 1928-tól a Marburgi Egyetem testgyakorlási intézetében dolgozott Kretschmerrel, aki abban az időben Marburgban az egyetemi pszichiátriai klinikát vezette, és ahol Fuchs a klinika munkatársa volt. Fuchs 1936-tól Heidelbergben az egyetemi klinikán dolgozott tovább, ahol saját módszerét fejlesztette ki.

Módszere Gindler öngyógyításához hasonlóan egy különleges kezelési problémával állt összefüggésben. Egyéves kiskorú súlyos spasztikus bronchitisben szenvedett. Fuchs a gyerek mellkasának finom érintésével és olyan hangokkal, amelyek illeszkedtek a nehéz kilégzéshez, sikeresen tudta befolyásolni a gyermek légzésének ritmusát, valamint az asztmás rohamokat előidézni és megszüntetni. Módszerét kezdetben „légzésritmizáló ellazulásnak” nevezte. Ebben a szóhasználatban észrevehetően a testreform-mozgalom elképzelése élt tovább, amely szerint az élő, természetes testi ritmus ellentétben állt a gépek civilizált világának tudatos ritmusával. Fuchs később a „funkcionális ellazulás” elnevezés használata mellett döntött (Arnim, 1993). Fuchs terápiás szemléletében a funkcionális ellazulás, mint testközpontú pszichodinamikus módszer ábrázolható, amely funkcionális és pszichoszomatikus zavarok kezelésére vált alkalmassá. Praxisában nem voltak kötött gyakorlatok, sokkal inkább olyan rugalmas, szavak nélküli munkára került a hangsúly, amely során a páciens képessé vált érezni és újra felfedezni önmagát, valamint tudatosítani ezeket a tapasztalatokat. Fuchs technikailag a kilégzés során az izomfeszültségek oldásával kezelte pácienseit. Az autogén tréningek autohipnotikus technikájával ellentétben a testpedagógia szellemében úgy dolgozott, hogy a páciens tudatosan kezdett figyelni a saját testére. Itt fontos kiemelni, hogy nem aktív vagy szuggesztív változtatásról van szó, hanem megfigyelésről, mint Gindler munkájában. A légzés ritmusához igazított ellazulás során a terapeuta folyamatosan gyakoroltatta páciensével a propriocepciót, például a test és a nehézségi erő viszonyában. Kézrátétellel képes volt a páciens saját észlelésének elősegítésére. Többek között ezzel a technikával dolgozik a szomato-analízis módszere, amelyet Richard Meyer fejlesztett ki Strasbourghban az EEPSSA /L' École Européenne Psychothérapie Socio et Somato

Analytique/ iskolában. Praxisából nyert következtetései azt mutatták, hogy a belső elakadások azáltal oldódnak, hogy a páciens célzott önmagába való lélegzést élt meg, és ezzel együtt egy jobb önészlelési tapasztalathoz jutott. A terápia középpontjába az elengedés került, a be- és kilégzéssel összekötött ellazulásra koncentrálva, amelyre a módszer elnevezése is utal.

A funkcionális ellazulás módszere, amelyet Fuchs elsősorban a funkcionális, pszichoszomatikus betegségek kezelésére fejlesztett ki, praxisa tapasztalatai alapján hatékonynak bizonyult az autonóm, vegetatív folyamatok helyreállításában. A helyreállítás folyamatában központi szerepet kapott a légzés személyes ritmusának a megtalálása.

Különösen az asztma kezelésénél állnak rendelkezésre az utóbbi időben empirikus tanulmányok az affektus-kontrollra vonatkozóan. Armin Krüger (1993) az analitikus testpszichoterápia segítségével javította asztmás betegek vitálkapacitását. Müller-Braunschweig ezzel kapcsolatban kiemeli, hogy a funkcionális ellazulás során inkább az önkéntelen és a tudatos testi folyamatok „áthangolásáról” van szó, mint emóciók vagy emlékek kiváltásáról (Müller-Braunschweig, 1996).

Az elmúlt évek klinikai publikációira támaszkodva egyre inkább megfogalmazódik, hogy a funkcionális ellazulás szűkebb módszeréből ered az a testpszichoterápiás eljárás, amely számos vizsgálati elemében a terapeuta és a páciens közötti testi-lelki párbeszédet veszi alapul, és ennek során bír egyfajta feltáró jelleggel. A kilencvenes évek közepén egy egyedülálló projekt keretében orvosokból, pszichológusokból és mozgásterapeutákból álló csoport Uexküll és Fuchs vezetésével azon fáradozott, hogy megtalálja a funkcionális ellazulás keretében az önmegtapasztaláshoz vezető tudományos nyelvet. Kutatásuk keretében „szubjektív anatómiáról” számoltak be, mint énmegélésről, amely által az ember a propriocepció segítségével mindenkor képes a saját testét birtokba venni (Fuchs és mtsai, 1994).

A kutatást vezető Thure von Uexküll (édesapja Jakob von Uexküll, az etológiai tudományok egyik alapítója, aki maga is jelentős hatást gyakorolt Wilhelm Reich biofizikai elméletalkotására) a személyiséglélektan és a szervezet integratív jellegének megértéséhez fejlődés- és szociálpolitikai kontextusba vonta be a rendszerszemléletet, csakúgy, mint a kibernetikát és a szemiotikát. Később ezt az alapot használta fel új elméleti alapkoncepciójához, amely már a „bodymind to bodymind” interakcióhoz kapcsolódott, azt a célt szolgálva, hogy elmélyítse a testorientált terápiás kezdeményezések megértését (Uexküll, 1986; Sassenfeld, 2011).

Geuter (2000) testpszichoterápiás technikákat történeti szempontok szerint elemző munkásságából ismert, hogy Uexküll a terápiás alapelveit többségében Marianne Fuchs, a funkcionális relaxáció megalapítójának képzéseiből nyerte. Kutatócsoportjának tagjai tapasztalataik elméleti hátterét megteremtve egyszerre hivatkoztak a rendszerelméletre, a fejlődépszichológiára, a pszichoanalízisre és a neuropszichológiára, különösen a funkcionális és szituációs körök koncepciójára. Anélkül, hogy tárgyalták volna Reich elméletét, meglepő módon részben hasonló gondolatokra jutottak, miszerint a testterápiás folyamatokban a visceroszeptív vegetatív szint, a „propriozeptív” muszkuláris szint és a „humán” vagy nyelvi-kognitív szint egymással összefüggésben állnak. Egy, a viscerális funkció központi idegrendszeri reprezentációjával és szabályozásával foglalkozó hazai tanulmány (Kulcsár, Kökönyei, Rózsa, 2004) is rámutat arra, hogy a viscerális funkciók kapcsolatban állnak a hangulat- és viselkedésszabályozással.

2.5. A TÁNCTEORETIKUS LÁBÁN RUDOLF

A kifejező tánc első táncosai a táncban megvalósuló lelki kifejeződéssel belső drámákat jelenítettek meg. A modern kifejező tánc teoretikusa volt Lábán Rudolf (1879–1958), (német nyelvterületen Rudolf von Laban), koreográfus, táncpedagógus és balettigazgató, akinek mozgáselemző rendszere jelentős hatást gyakorolt a táncterápiára és később a pszichoterápiára is. Lábán a 20. század társadalmi és kulturális változásaiból merített impulzusai alapján a test mozgásának szabadságára helyezte a hangsúlyt, kiemelve, hogy a tánc az ember természetes kifejezésformája. 1920-ban megjelent első könyve a *Die Welt des Tänzers (A táncosok világa)*, amelyben kezdeti tapasztalatait összegezte. A *Gymnastik und Tanz (Gimnasztika és tánc)* című könyvében (Lábán, 1926a) már a légzés- és testpedagógusokhoz hasonlóan a tornaeszközök nélküli táncos gimnasztika mellett foglalt állást. Táncfilozófiájának középpontjában az eszközök nélküli saját mozgás kifejezőereje állt. *Koreográfia* című munkájában a tánc nyelvtenét írta le. Lábán a tánc segítségével próbálta kinyitni „a belső mozgások kapuját” (Lábán, 2008/1926b). Ezt a nézetet, mint korabeli társadalomkritikát fogta fel, így arról írt például, hogy az „új gimnasztika” „az emberi élet védelmezője a haladó civilizációban”, a munka által sérült testi erők védelmezője. Az új gimnasztika azokhoz szólt, „akik hangsúlyozták a szellemi és érzelmi tartományt, és hajlandóak voltak összeolvadni a testiséggel” (Lábán, 1926a, 32). A harmincas évek végére

Németországban több mozdulatkórus iskolája is működött. Ez a törekvése Magyarországon is követőkre talált, például Dienes Valéria által, aki fejlődéslelektani művek fordítása mellett Isadora Duncan szabadtánc előadásmódjait is kiemelt figyelemmel tanulmányozta. A mozdulatművészet hazai oktatói nagy jelentőséget tulajdonítottak a test és lélek kapcsolatának, ezért a duncani vonulatot követve a szabad tánc stílusát, mint a test lehető legtermészetesebb nyelvét értelmezték.

Később Dienes Valéria fia, Dienes Gedeon folytatta ezt az alapvetően Lábán Rudolf táncelméletére épülő oktatói munkát.

Lábán a mozgást a tér, idő, erő és gyorsaság kategóriáiban írta le, utóbbira később a „folyam” vagy „áramlás” fogalmát használja (Lábán, 1988). Miután 1938-ban kivándorolt Nagy-Britanniába, bár nem a náci uralom ellenzőjeként vagy üldözöttjeként, bevezette az „Effort-Shape-System” (Erő-Tér-Rendszer) fogalmát. (Meg kell jegyezni, hogy az általa koreografált előadások a náci vezetésnek nem tetszettek.) Lábán az „effort” alatt azt értette, hogy miként hajtja végre az ember a mozgást az említett négy kategóriában, azaz hogy a térben röviden és direkt módon, vagy rejtve és indirekt módon mozog, hogy kis vagy nagy erővel ragad meg tárgyakat, vagy tartja azokat távol magától. Ezek olyan diagnosztikai kérdések, amelyeket a táncterapeuták ma is a Lábán-féle kategóriákkal válaszolnak meg. A „shape” fogalma tehát a mozgás térben történő formájára vonatkozott. 1947-ben kiadott *Effort* című könyvének elméletéből alakult ki a Laban Movement Analysis (Lábán Mozgás-Analízis, LMA) dinamikai rendszere.

Lábán négy minőség mentén írta le a mozgást. Mint objektív megfigyelő táncjegyzeteket készített, amelyben mentális minőségeket rendelt a négy alapminőséghez. Az erőhöz tehát fizikai érzékelést és szándékot, a térhez figyelmet, az időhöz az intuíciót és az elhatározást, míg az áramláshoz az érzelmek és a mozdulatok kontrollját kapcsolta. Rendszerében a mozgást grafikai szimbólumokká alakította, amely által a mozgások objektíven leolvashatóvá váltak. Az LMA-val egy világosan definiált mozgáselemző rendszert alkotott, amely által megfigyelhetővé és elemezhetővé vált az emberi test mozgása. Mozgáselemző rendszerével megfoghatóvá vált a mozgás, hasonlóan a zenéhez vagy az irodalomhoz. A megfoghatóság eszköze maga a Lábán-féle mozgásanalízis volt, amely arra a valóságra alapozódott, hogy a környezetben történő jelenségek és a testben vagy azon kívül játszódó mozgások kölcsönös összefüggésben jelennek meg.

Lábán tehát a mozgás kvalitatív aspektusait emelte ki pszichikai, fizikai, kreatív és társas szempontok szerint, amelynek eredménye a mozgás- és a táncművészet kodifikált nyelven történő megfoghatósága volt. Elméletének tánc történeti jelentősége abban állt, hogy rendszerében különbséget tett az ösztönös akciók és a mozgás témái között. Rendszere akkoriban nem tartalmazott, mint ahogy Gindleré sem, kifejezett pszichoterápiás igényt. A mai terapeuták azonban Lábánhoz, Gindlerhez és Fuchshoz hasonlóan különös figyelmet fordítanak az új lépések kifejlesztése mellett a tér használatára és az egyén saját ritmusára.

Lábán tanítványai, mint Mary Wigman és Kurt Jooss, a német kifejező tánc kiemelkedő alakjai voltak, akik a saját ritmust mindvégig kiemelkedő jelentőségűnek tartották.

Lábán elmélete idővel fokozatosan jelentőssé vált, hiszen történetileg a táncterápia a kifejező táncból ered, és onnan emelte át a testpszichoterápiához kapcsolódó fontosabb új elméleti hozzájárulását, a mozgáselemzést.

Lábán rendszeréből indult Kestenberg (1975) pszichoanalitikus fejlődéskutatása is, amely a mozgási különbségeket írta le a gyerekeknél megfigyelt feszültségfolyam ritmusában, és ebből fogalmazta meg a mozgási magatartás pszichodinamikus elméletét. Ebből az elméletből azok a táncterapeuták és a gyermekanalízissel foglalkozók merítettek sokat, akik Lábán koncepciójára támaszkodva, mindannyian a mozgásoknak a „teljes értékű élet” élésében betöltött szerepét hangsúlyozták.

A táncterápia valamennyi alapítója korábban táncosnő és tánctanár volt. Marian Chace, aki modern táncot tanult Martha Grahamnál, saját tánciskolájában olyan tanulókra lett figyelmes, akik nem képződtek táncosként, azonban mozdulataikban képesek voltak kifejezni lelki szükségleteket, például az igényt a hiány leküzdésére. Tapasztalatai alapján a testtartást, az izomlazítást, a légzésmintát és a koordinációs nehézségeket tartotta a belső konfliktusok külső jeleinek. Chace az 1940-es évek elején meghívást kapott a St. Elizabeth kórházba, ahol Moreno később bevezette a pszichodráma módszerét (Siegel és Trautmann-Voight, 1999).

A kifejező tánc további meghatározó alakja volt a svájci Trudi Schoop, aki az 1920-as évek végén Berlinben táncolt, a második világháború után Kaliforniában telepedett le, ahol férje halálát követően egy pszichiátriai klinikán pszichotikus páciensekkel kezdett dolgozni. Ekkor még alapvetően az intuitív kezelést képviselte, és elutasította az elméletalkotást. Lényegi gondolatait később, a szkizofrén betegek testi megélésének zavarai tárgyalásakor említtem.

Chace, Schoop és Liljan Espenak 1965-ben közösen megalapították az American Dance Therapy Association (Amerikai Táncterápiás Egyesület) szervezetet. Espenak saját iskolaként létrehozta a pszichoszomatikus mozgáspszichológiát Pszichomotor Espenak névvel. „Minden páciense és tanulója számára mozgási szabadságot akart átadni, ahol a testrészek tudatos koordinációja és a ritmikus improvizációk által az áttételi szinten belüli változtatásra törekedett a táncoló életstílusában” (Siegel és Trautmann-Voigt, 1999, 11).

Ekkor a táncterápia, mint módszer elsősorban azoknak a pácienseknek a kezelésére fejlődött tovább, akiket abban az időben, amikor az antipszichotikumok még nem léteztek, nem lehetett kezelni. A társaság későbbi tagjainak a többsége egy időben több különböző pszichiátriai klinikán dolgozott. Így a modern tánc irányából érkezett Albert Pesso is, aki kezdetben Martha Grahamnál volt táncos, és német nyelvterületen általa vált ismertté, hogy Tilman Moserrel együtt alkalmazni kezdte a „Pszichomotoros terápia” elnevezésű módszerét, amely azonban már nem sorolható a táncterápiához (Moser és Pesso, 1991). Pesso elsősorban csoportokkal dolgozott, így alapvetően a páciens a csoporttagok által internalizált tárgyrepresentánsokat testesítette meg, ezeket a testi párbeszédben feltárta és megváltoztatta (Pesso, 1986).

A táncterápia fejlődésének egyik fordulópontja tehát az volt, hogy a tánc mozdulatait a terápia központi médiumaként használták fel. Ez különösen „a gyógypedagógiai tánc” keretében történt így, amely segítette a fogyatékosok fejlődését egy pszichoterápiás táncterápia keretében. Mivel a táncterápia az 1960-as és 1970-es években leggyorsabban az Egyesült Államokban terjedt el, nem meglepő, hogy erős hatással volt rá a humanista pszichoterápiás irány is.

A humanista irány hatására ekkor a táncterapeuták többsége saját módszerét úgy értelmezte, hogy mozdulatokat kell kiváltania ahhoz, hogy bővítse a magatartási repertoárt, az élményre és a kapcsolatokra való képességet. Később a terapeuták között kialakult egy kisebb csoport, amely a táncterápiát összekötötte a pszichoanalitikus módszerrel, és azt analitikus terápiai eljárásnak tekintette, amely során a külső mozgás a tudattalan folyamatok belső mozgását tárta fel (Siegel, Trautmann-Voigt és Voigt, 1999).

A fenti történeti bepillantások alapján jól érzékelhető, hogy a táncterápia idővel elterjedt testpszichoterápiás irányzattá kezdett fejlődni.

2.6. LÁBÁN ÉS REICH GONDOLATAI A LIBIDÓRÓL ÉS A SZEXUALITÁSRÓL

Az előzőek alapján látható, hogy a testpszichoterápia kezdeténél valamennyi leírt módszerben megtalálható volt a feszültség és a kisülés dinamikus polaritása. Lábán is beszámolt erről, bár nála a feszültség és a kisülés közötti váltakozás testi technikaként jelent meg (von Laban 1926). Ezt Jacobson 1938-ban „progresszív izomrelaxáció” néven említette (Jacobson, 1938). Ezzel összefüggésben Fuchs arról írt, hogy a kisülés „az elengedés, a tapinthatóság és a megérkezés pólusaival” együtt dinamikusan értendő (Fuchs 1989, 32).

Reich már a *Charakteranalyse* című művében kritikát gyakorolt, mely szerint a pszichoanalízis elsősorban a tudattalan tudatosításának topikus szempontját vagy a konfliktustartalmak dinamikus szempontját vette figyelembe, azonban ugyanitt a sérült libido-háztartás ökonómiai szempontját figyelmen kívül hagyta. Az elfojtott szexuális energia kisülése Reich szerint alapvető feltétele volt a gyógyulásnak (Reich, 1933/1945).

Steger a VI. Orvosi Pszichoterápiás Kongresszuson Drezdában így fogalmazott: „Nincs pszichoneurózis és pszichózis, amelyek esetében a feszültség-kisülés aránya rendben lenne” (Steger, 1931, 30). Heyer, amint korábban utaltam rá, a drezdai kongresszuson szintén a feszültség és kisülés szabályozásának szükségességét hangsúlyozta a terápia során.

Mindez tehát kezdetben közös kiindulópontja volt a testpszichoterápiás módszereknek. A szerzők azonban mégis különböző dolgokra gondoltak, mert amit „feszültség” és „kisülés” alatt értettek, valamint azt, hogy hova helyezték a mozgásra vonatkozó kezdő- és végpontot ezek között a pólusok között, az már akkor a különböző testképfelfogásokkal függött össze. Az egyik oldalon megtalálható volt a mozgó és megismerő test képzete, a másik oldalon pedig az energetikus és expresszív testé.¹

A légzés- és testpedagógiára utaló módszerek esetében arról van tehát szó, hogy a test szabadabbá válik a maga természetes funkciói számára a légzés és a mozdulatok által, ami Reich elméletében a vegetatív funkciók és a szexualitás felszabadításában volt leginkább megragadható.

¹ Fontos itt megemlíteni, hogy jóllehet Ferenczi nem alapított önálló testpszichoterápiás iskolát, testorientált kísérletei ebben a kontextusban annyiban válnak jelentőssé a számunkra, hogy ma az ő nyomán indított testpszichoterápiás irányzatban a „dialógusra képes test” harmadik képe rajzolódik ki, és lesz a német iskola egyik jelenleg is meghatározó irányzatává (Geuter, 1996).

A szexualitás körében megjelenő libidó- és energiafogalommal kapcsolatban azonban már ekkor megoszlottak a vélemények Lábán és Reich között. A berlini Jugend mozgalomban két különböző beállítottság volt megfigyelhető a szexualitással és a nemek közötti viszonytal kapcsolatban, amelyek érthetően a testpszichoterápia indulására és fejlődésére is hatással voltak. Az egyik irányzat szabadabb szexuális életmódot és a nemek szabadabb kezelését hangsúlyozta, nem utolsósorban Reich, aki, mint korábban utaltam rá, jelentős aktivitást fejtett ki a szexuális reformmozgalomban (Erős, 1991). A másik irányzat a nemek közötti viszony szexualitásmentes tisztaságát hirdette, és nem tárgyalta bővebben a szexualitást. A pszichoanalitikus és pedagógus Sigfried Bernfeld úgy vélte, hogy kifejlődött a fiatalok elnyújtott pubertásának jelensége, azoké, akik nem nőttek fel. Bernfeld számára ez neurotikus védekezést jelentett a fenyegetőnek megélt szexualitással szemben (Bernfeld, 2010).

Bernfeld szerint ehhez a csoporthoz tartoztak a légzés- és testpedagógia követői között azok a nők, akik életük végéig nem házasodtak meg, női közösségekben éltek, és a test anyagiatlanságának ideológiáját képviselték. Érdekes azonban, hogy a légzés- és testpedagógusok akkor fellelhető nyelvi repertoárjában a testre vonatkozóan nem léteztek a szexuális szervek megnevezései, csupán a nő medencetájéka vagy felső része (Bernfeld, 2010).

Lábán is, aki támogatta a meztelen vagy majdnem meztelen táncot, a testreformmozgalom ideológiáját képviselte, miszerint a testnek meztelenül kell kifejeznie magát, éppen azért, hogy megvédje magát a szexualitástól. Ez az elv később a neoreichianus iskolák gyakorlatában is megjelent. A gimnasztikai mozgás a nemiséggel szemben levezető hatásúnak bizonyult, és a meztelenség a szexuális kíváncsiság csökkenését hozta magával. A testreformerek számára a tudatosulás élménye volt a lényeges kiinduló alap, azaz a természetes egység részének érzete vált hangsúlyossá, amely által a testet organizmusként akarták érzékeltetni.

A szexualitással kapcsolatban ez a világnézet jellemző a kezdeti testpszichoterápia Gindler vagy Fuchs által képviselt fejlődési vonalára. Reich számára azonban nem az organizmus, hanem az orgazmus állt a neuróziselmélet testi, vagy libido-ökonómiai oldalának előterében. Amikor Reich az energia vagy a testi blokádok felszabadítására gondolt, akkor általánosan nemcsak a testi kifejezésre helyezte a hangsúlyt, hanem az ösztön felszabadítására vagy ellenállásaira is. Reich megfogalmazásában „mindenben, ami él, szexuális, vegetatív energia hat” (Reich, 1942/1987, 91). Dinamikus elképzelését a feszültségről és a kisülésről az izgalom és a kisülés szexuális aktusban

történő lefolyásában látta. Ezen kívül Reich az érzelmi folyamatokat is dinamikusan értelmezte, és a vegetoterápiában ciklikus-időbeli struktúrákkal dolgozott, amelyek olyan alapvető érzéseket tartalmaztak, mint például a düh vagy a gyász.

Következésképpen a tudatosítás folyamata pszichoanalitikus értelemben Reich elméletében azt jelentette, hogy a feszültségen keresztül kell eljutni az ösztön-impulzusokhoz, valamint az elfojtott tartalmakhoz.

Elképzelésének elemei megtalálhatóak voltak a táncterápiában, példa lehet erre a kifejező táncra foglalkozó táncosnő, Isadora Duncan filozófiája. Duncan számára a szabad tánc visszatérést jelentett a természethez, és annak vitális jellege elfogadását hangsúlyozta. Ez az irányultság a Duncan-tanítvány Dienes Valéria munkásságában is megjelent, aki ebben az időben intenzívebben foglalkozott Magyarországon a szabad tánc megismertetésével. A szabad tánc a kifejezést szolgálta, ezért érzékiségének jelentősége nem volt vitatható.

A táncterápia a kifejező tánc hagyománya által a természetes mozgáskifejezést hangsúlyozta, de ismerte a blokkolásokkal és oldásokkal dolgozó expresszív-emocionális munkát is. Blokkolásokkal és oldásokkal dolgozó táncterapeuták építettek Reich elméletére, a karakter és az izompáncél összefüggéseire vonatkozóan csakúgy, mint a Reich-tanítvány Alexander Lowen bioenergetikai elméletére is.

Az energia fogalma Reich és Laban megközelítésében többféle jelentéssel bírt. Amikor a légzés- és testpedagógusok ezt a fogalmat használták, akkor elsősorban a vitalitás vagy a keleti filozófiai elképzelések értelmében a „Prana” vagy életenergia fogalmát értették alatta. Reich azonban ezt a fogalmat műveiben következetesen ösztönpszichológiai szempontból közelítette meg. Geuter összefoglaló tanulmányának gondolatmenetét követve láthatóvá válik, hogy a reformmozgalom két irányzatának történeti gyökerei már az 1920-as években érthetővé tették: az empirikusan orientált és a Reich-féle irányzat a testpszichoterápián belül még évtizedekig egymástól elkülönülten fejlődtek. Áttekintve az ebben a témakörben megjelenő releváns kutatásokat (Geuter 1996, 2000), arra a következtetésre juthatunk, hogy a koncentratív mozgásterápia, a funkcionális ellazulás és a táncterápia egyes részeinek a pszichoanalízissel való összekapcsolásában eddig kevesebb hangsúlyt kapott az ösztönpszichológia, miközben sokkal inkább érezhető az énszichológia, a tárgykapcsolat elméletek és a modern, a szelffejlődésre koncentráló csecsemő kutatás hatása.

2.7. A HUMANISTA PSZICHOTERÁPIA HATÁSA A FEJLŐDŐ TESTPSZICHOTERÁPIÁRA, AZ INTEGRATÍV TERÁPIÁS SZEMLÉLET BEKERÜLÉSE A TERÁPIÁS GYAKORLATBA

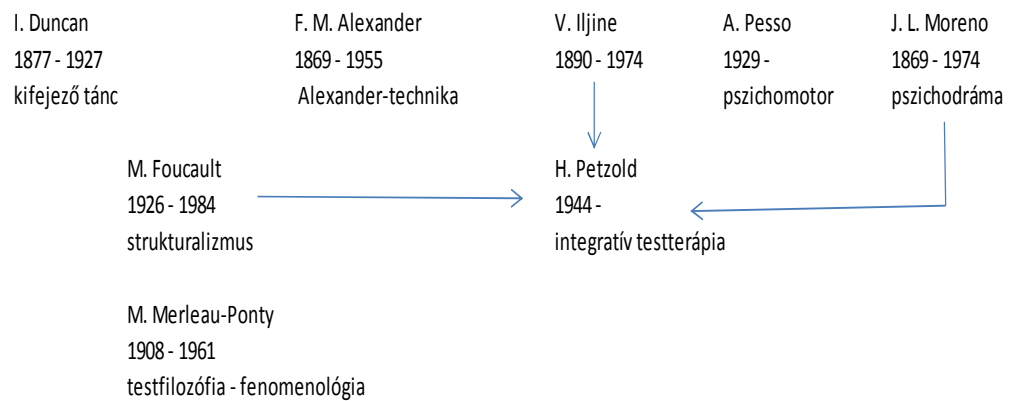
Az 1960-as évekbeli, Reich szexualitással kapcsolatos gondolatait hangoztató társadalmi mozgalmak következtében a testpszichoterápia az 1970-es és 1980-as években új lendületet kapott. A „68-as generáció” dühödten vádló panasza megnövekedett a történelem által rájuk kényszerített következmények viselése miatt, éppen ezért volt nehéz segítségre lenni az öröklött terhek feldolgozásához. Ennek következménye, hogy az egyedüli megoldást csak a szülői képek büntető szándékú megtagadása, a lázadás jelentette. A „szexuális forradalommal” Reicht újra felfedezték. A testpszichoterápiák fejlődésével foglalkozó tanulmányokat (Hutterer, 1998, Geuter, 2000) áttekintve érzékelhető, hogy a nagyobb flexibilitás és kreativitás társadalmi követelménye a humanista pszichológiában és pszichoterápiában is termékeny talajra talált. Az embernek abból az igényéből és képességéből kiindulva, hogy belső potenciálját kiteljesítse és növelje, a terápiában is egyre inkább az önszabályozást hangsúlyozták, a veszteségek vagy a konfliktusok tárgyalása helyett. Az önismereti és encounter-csoportokban akkoriban jellemző volt, hogy nélkülözték a testi érintés és a testi kontaktus tabu-jellegét. Sokan nem csupán gyógyulást, hanem belső lehetőségeik kiszélesítését és szakmai identitásukat is keresték. Ezek alapján egyre inkább megfogalmazódni látszik, hogy a test ebben az időszakban újra az én kutatásának referenciapontjává kezdett válni.

A humanista pszichoterápia mozgalmában több irányzat és iskola találkozott, amelyek kölcsönösen hatottak egymásra, és a terápiás kísérletezés területén nagyfokú kreativitást eredményeztek. Perls átvette a testbeszéd pszichodramatikus módszertanát Morenotól, aki a testi technikát a fizikai és pszichés reflexek lazítására használta. Petzold ebben az időben Perlsnél képződött, és Cohn, aki Perlshez hasonlóan ismerte Gindler munkáját, szintén bioenergetikával kezdett foglalkozni. Stanislav Grof kifejlesztette a „holotrop légzés” pneumo-katartikus technikáját, amely megváltozott tudatállapotokat indukált, mindeközben Arthur Janov a „primer terápia” és Daniel Casriel a „bonding” invazív és konfrontatív katartikus eljárásokat vezették be a terápiás gyakorlatba (Hutterer, 1998).

A humanista pszichoterápia és különösen a Gindler-féle testorientált módszerrel dolgozó Gestalt-terápia, valamint a Ferenczi hagyományait követő psichoanalitikus gondolkodás összekapcsolásának eredményeként létrejött a Petzold-féle „integratív

terápia” (Petzold, 1988). A Rogers-féle pszichoterápiás irány ekkor szintén a testorientált megközelítésből fejlődött, a „Focusing” módszeréből, amelyet a Chicago-i Egyetemen Rogers követője, Eugene Gendlin dolgozott ki. Gendlin eredetileg a megélés (experiencing) fenomenológiailag folyamatorientált elmélete és annak változása iránt érdeklődött (Gendlin, 1998).

A testpszichoterápiák történeti fejlődését az alábbi ábrán túl egy összefoglaló ábra is szemlélteti a 40. oldalon, amely a testterápiás és a testpszichoterápiás iskolák és irányzatok formálódását segíti áttekinteni. Az 1. ábrában megjelenő valamennyi tudós iskolateremtésével jelentősen hatott a testpszichoterápiák fejlődésére.



1. ábra

A testpszichoterápia fejlődését formáló hatások és a terapeuták közötti jelentősebb kapcsolatok

G. Marlock (2006) „Handbuch der Körperpsychotherapie” c. munkája alapján

2.8. REICH-TANÍTVÁNYOK ÉS A NEOREICHIÁNUS IRÁNYZATOK

A tárgyalt időszakban több, Reich tanait követő iskola alakult, közülük a bioenergetika volt a legismertebb. Reich a vegetoterápia elvét a norvég emigrációban fejlesztette ki, ahol 1934 és 1939 között élt, és ahol tanítványokkal is foglalkozott. A legbefolyásosabb közülük Ola Raknes volt, akinél Gerda Boyesen, az európai biodinamikai iskola megalapítója és David Boadella, a bioszintézis megalapítója képződött. Boadella szerint a bioszintézis keletkezését tekintve az affektus, a mozgás és a percepció három „életáramlatának” az alapelvén alapul. Mindezek mellett a bioszintézis a kapcsolati elveket is figyelembe veszi, amelyekhez a testi áttétel és a projektív identifikáció elvének megértése is hozzátartozik (Boadella, 1990). Reich mindkét tanítványa megismerkedett a vegetoterápiával. Malcolm Brown, aki „organizmus pszichoterápia” néven alapított iskolát, Raknes páciense volt.

Az új alapismeretek kialakulása nyomán további iskolák alakultak, amelyek bizonyos technikákat tovább fejlesztettek, de elméleti alapjaikban nem különböztek jelentős mértékben az alapvető irányoktól. Az új, Reich elveit követő iskolák koncepciója a szexuális gátlásról, mint a neurózis okozójáról az affektusok kutatásának teljes területére vonatkozóan vált paradigmává. Ezután a lelki eredetű szenvedés, mint az affektív kifejezés zavara és az „életenergia” folyamának zavara kerültek a később megjelenő biodinamikus terápiák fókuszába. A biodinamika elképzelése szerint az affektív energia nemcsak az izomzatban, hanem a kötőszövetben és a belső szervekben is megakadhat, egyfajta páncélt hozhat létre.

Boyesen terápiájában a vegetoterápiás kezelést kombinálta az izmok és kötőszövetek pszichoterápiás szempontból hatékony masszázssal. A masszázs elsődleges célja volt, hogy az elfojtott affektusok energiáját nem expresszív, hanem a belső emésztés vagy feloldás lágyabb módján megszabadítsa a feszültségtől. A feszültségek felépítésének és oldásának testi-lelki folyamatai vazomotorikus körének koncepciójában (Southwell, 1990) hasonlóságok találhatók a funkcionális ellazulás módszerében szereplő funkcionális körökkel (Geuter és Schrauth, 1997). Ugyanez vonatkozik Boadella (1991) bioszintézisére is, amely különleges terápiás elveket és technikákat ír le vegetatív szinten, elsősorban a légzésre vonatkozóan, izomzati szinten földeléssel és verbális-kognitív szinten a szemkontaktus gyakorlásával.

Geuter (2000) kiemeli, hogy az európai neoreichiánus iskolák többségükben nem ösztön-pszichológiai orientáltságú terápiával foglalkoznak.

Bár etiopatogenetikus koncepcióik pszichodinamikus jellegűek, a terápia folyamatára és a terapeuta viselkedésére vonatkozó felfogás inkább a humanista pszichoterápiához, mint a pszichoanalízishez igazodik.

Reich ismert nézete és terápiás gyakorlata, hogy a terapeuta a pácienssel szemben, mint képzett operatőr lép fel, többnyire az amerikai neoreichianus iskolákra volt jellemző, amelyek Reich későbbi orgon-elméletéhez igazodtak (Geuter és Schrauth, 1997). Az orgon-elméletben Reich az emberi testben áramló orgon áramlási zavarai és a pszichés, valamint a testi betegségek közötti lehetséges kapcsolatokat kutatta. Az élőlényekben megjelenő orgont nevezte bioenergiának vagy életenergiának. Reich tapasztalatai szerint az általa fejlesztett orgon-akkumulátor az orgon-energiát fel tudta erősíteni, azaz képes volt koncentrálni az orgon-energiát, amit páciensei gyógyítására használt. Elméletében az orgon-energia olyan kozmikus energia, amely a „jó” orgazmusért is felelős. Orgon-energia elméletét Reich hosszú évek alatt dolgozta ki az Egyesült Államokban, és élete végéig, amíg lehetősége volt rá, kutatásokat folytatott ebben a témában. Kutatása olyan kísérleteken alapult, amelyeket neurotikus tünetekkel és „izompáncéllal” bíró páciensekkel folytatott, hogy bizonyítékot nyerjen az orgon-energia létezésére. Miután az amerikai hatóságok képviselői szerint a kozmikus energia nem létezhetett, Reich a tudományos társadalom kitaszítottjaként idővel magányosan folytatta kutatásait. Azután börtönbe került, ahol két évvel később szívroham következtében halt meg.

Reich legjelentősebb tanítványai az Egyesült Államokban töltött éveiből Alexander Lowen és John Pierrakos voltak, akik a bioenergetika megalapítóivá váltak. Később elváltak útjaik, és Pierrakos egy spirituális terápia, a core-energetika irányába mozdult el. További tanítványok, mint C. Kelly és R. Kurzt a radix, illetve a hakomi eljárások kidolgozásával és megismertetésével foglalkoztak. Lowen három fontos tanulmányt írt a testpszichoterápia témakörében, és továbbfejlesztette a karakterstruktúrákat leíró elméletét (Lowen, 1981). E szerint a karakterstruktúrák olyan reakcióminták, amelyek gyerekkorban fejlődtek ki válaszul bizonyos szükséglet-konfliktusokra. Ismertebb példaként említette a szkizoid struktúrát, amely az elfogadottság szükséglete és az elhagyottság traumája közötti konfliktus alapján volt elemezhető. 1957-ben Lowen a Reich által leírt struktúrákat kiegészítette az „orális karakterrel” (Lowen, 1981). Később elsősorban a nárcisztikus és a szkizoid struktúra elméletét bővítette ki (Lowen, 1984). (Második fontos tanulmánya a pszichoterápiás szempontból hasznosítható testi gyakorlatok rendszerének fejlesztésével foglalkozott (Lowen, 1990). Ebben Lowen

hangsúlyozta, hogy valamennyi krónikus izomfeszültség egy érzés kifejezésének elfojtásából ered. Harmadik tanulmánya az állóhelyzetben történő terápiás munka tanulmányozásával és bevezetésével foglalkozott. Ebben a tanulmányában a „grounding” koncepciója alatt Lowen azt értette, ahogyan az ember valóságosan képes megtapasztalni a jelen helyzetét. A terápiás munka állóhelyzetben ugyanazt a célt szolgálta a regresszió alapján, amelyet korábban a fekvés segített elő, azaz hogy a páciens visszavezesse az „itt és most”-ba, és az újonnan megszerzett belátásokat cselekvéssé alakítsa át.)

A bioenergetikai analízisben Lowen (1990) a mozgással kapcsolatban kiemelten beszélt az „elevenésről”. Elméletében az élőlények energetikai koncepcióját törekedett összefoglalni, amely azonban ekkor még nem volt képes elegendő tudományos beágyazottságot nyújtani a bioenergetikai analízisben alkalmazott energiafogalom értelmezéséről. Stern azonban olyan konceptuális hidat javasolt, amely elszakadt a hagyományos energiafogalomtól, és helyette lehetővé tette a „vitalitás affektusok” kifejezés (Stern, 1992/1985) használatát. Ezt a „vitalitás kifejezési formái” elméletében, mint az implicit kapcsolati tudás részrendszereit említette meg, és hídalkotó elmélete később új alapokra helyezte az analitikus testpszichoterápiák által alkalmazott „életmozgások” fogalmat is, miszerint a vitalitás a testi aktivitásban és a követhető mentális rezdülésekben gyökeredzik (Stern, 2011).

2.9. A PSZICHOANALÍZIS ÉS A TESTPSZICHOTERÁPIÁK KAPCSOLÓDÁSI PONTJAI: A FERENCZI ÁLTAL ELINDÍTOTT IRÁNY FORMÁLÓDÁSA

A testorientált párbeszédese munka Ferenczi által elindított vonala sokáig nem jelent meg a pszichoterápiában. Bár a testpszichoterápia a pszichoanalízis után az egyik legrégebbi pszichoterápiás irányzatnak számít, német nyelvterületen való megjelenése után még évtizedekig csekély figyelmet kapott. Arról, hogy érzések testileg kifejeződhetnek vagy elakadhatnak, intuitív tudásunk győz meg leginkább. A test vegetatív jelenségei és fiziológiai reakciói összefüggésben állnak a testpszichoterápia alapvetésével, a test és lélek egységként való kezelésével. Néhány éve növekvő érdeklődés kezdte körülvenni a testpszichoterápiát és ezen belül is az analitikus testpszichoterápia fejlődését. A testpszichoterápiát a pszichodinamikus pszichoterápiás irányzathoz sorolták, mert az érzéseket nem csak olyan módon kezelte, mint amely a pszichés apparátusban lefuttatódik, hanem testi folyamatok jelentős összetevőjeként:

amely emóciók és affektusok által a testi változásokkal is kifejezhető, az izomtónusban és a vegetatívumban is megragadható változásokkal jár együtt.

A mai analitikus testpszichoterápiában Heisterkamp, Moser és Geißler képviselték először Ferenczi gondolatiságát. Ferenczi Sándor számos írását iránymutatónak tekintik az analitikus testpszichoterápia irányzatában, és Tilman Moser több munkáját kifejezetten Ferenczi örökségének a folytatásaként említi a német iskola.

Az 1980-as évek közepétől a német nyelvű pszichoanalízis területén zajló újabb viták a test bevonását illetően specifikus kezelési problémákra nyúltak vissza. Különösen Tilmann Moser írta le munkáiban, hogy a személyiségzavarral küzdő páciensek esetében a klasszikus kezelési eljárások megakadtak. „A szülőkkel kapcsolatos torzult, elégtelen interakció formáiból eredő zavarok nem gyógyultak meg” (Moser, 1989, 14). Ezeknél a pácienseknél az analitikusnak nem sikerült kapcsolatot teremtenie az énnel, ezért a súlyos korai zavarok esetében ajánlottá vált a testorientált eljárások bevezetése az analízisbe. Moser első összefüggő esetleírásában Reichhez hasonlóan egy borderline páciens kezelését mutatta be (Moser, 1992). Hasonlóképpen, mint Reich (1925), Moser is azzal érvelt, hogy a terapeuta ezeknél a pácienseknél a még nem kifejlődött és érett szelf szerepét kell, hogy betöltse.

Moser winnicotti értelemben hangsúlyozta a támasznyújtást, valamint a félelmek és vágyak elementáris feltárását a testi dialógus során. Kiemelte, hogy a dialógus keretében az affektusokat a kora gyerekkori energiájukkal és a korai szülő-gyerek párbeszéd preverbális lelki tartalmaival kell újra felidézni. A kezelés célja minden esetben a testbeszédben megnyilvánuló áttétel és viszontáttétel analitikus tisztázása volt (Moser, 1994). A terapeuta ennek során értelemszerűen nem lehetett csupán az áttétel tárgya, hanem mint „ideális szülő-figura” kellett megjelennie. Bálint munkáira is utalt, amelyekben hangsúlyozta, hogy a regresszió kialakulását a páciens problematikáján kívül a terápiás kapcsolat határozza meg (Bálint, 1997). A megfelelő terápiás miliőben, a jóindulatú regresszió talaján indulhat el bizonyos határokon belül a korrekció, azaz az újrakezdés. Bálint gondolatai szerint a korai duálkapcsolat zavarai „alaphiba” formájában zárványként őrződhetnek, és ha a regresszió ezt a szintet eléri, a szavak elveszítik kommunikációs jelentőségüket, ami másfajta jelenlétet igényel a terapeuta részéről. Ekkor nem az értelmezés felől közelít a terapeuta, mert nem a regresszió kielégítése segíti az újrakezdést, hanem az a mód, ahogyan a terapeuta a pácienssel jelen van: bizalommal, értő figyelemmel.

Pesso értelmezésében, aki gyakran dolgozott együtt Moserrel, a terapeuta már nem mint ideális szülőfigura, hanem mint rendező jelent meg, aki a tudattalant a Gestalt-terápia megrendezett dialógusaihoz hasonlóan képes feltárni (Moser és Pessa, 1991). A rendezés elvét alkalmazó amerikai szomatoterapeuta a páciensnek egy megközelítőleg ideális miliót kínált, amelyben a páciens az érzéseit szabadon tudta megélni. A tudattalannal dolgozó Pessa intenzív testi munkával közelítette meg a feldolgozandó konfliktusokat.

Scharff a német pszichoanalitikus iskola egyik meghatározó alakja a szavakkal történő megértés mellé a testi rendezés formájában ugyancsak közvetítő csatornát állít (Scharff, 2007). Testi rendezése nyomán a terápiás tér színpaddá változik, amelyen a pszichés tartalom azáltal testesül meg, hogy szcenikusan kerül dramatizálásra és háromdimenziós térben kifejtésre.

Günter Heisterkamp, aki Adler-tanítvány volt, a testorientált kezelési mód által kezdte kibővíteni a megtapasztalás és a megértés új dimenzióival a pszichoanalitikus terápiás folyamatot. Heisterkamp a „testi bizonyosság” érzetén keresztül tette lehetővé a spontán megértést. Ennek során természetesen nem csupán a testi párbeszédre gondolt az áttétel és viszontáttétel keretében, hanem a testi kísérletek vagy tapasztalati szekvenciák „organizmus önmegtapasztalására” is, amelyeket a páciens önállóan vagy a pszichoterapeutával érintkezve élhetett meg (Heisterkamp, 1993). A regresszív munkát ennek során Bálinthoz hasonlóan a progresszió szolgálatába állította, és a gyakorlati alkalmazásban hangsúlyozta, hogy a testorientált munka a kora gyermekkori kapcsolati mintákat és az ellenállásokat aktiválhatja, valamint jelentős fejlődési lehetőségeket képes a testen keresztül érzékelhetővé tenni. Heisterkamp a testorientált kezelési technikáival olyan nyelvet keresett, amely képes áthidalni a test és a lélek kettősségét.

Peter Geißler (1997) a kilencvenes évek végétől az analitikus testpszichoterápia mai modelljét kezdte követni, amely során számára a testorientált pszichoterápiás kezelés, mint „a tudattalanhoz vezető királyi út” jelent meg. Geißler a testi beavatkozások értelmét inkább a regresszió intenzívebbé tételében, mint a testorientált munka progresszív lehetőségeiben látta, ami szintén a tudattalan potenciálok feltárásának lehetséges útjának látszott (Geuter, 1997).

A tánc irányából ható mai analitikus megközelítések közül többek között Sabine Trautmann-Voigt és Bernd Voigt (1997, 1998) analitikus tánc- és mozgásterápia munkájában emelkedett ki a páciens és a terapeuta közötti „cselekvő párbeszéd”, amit

analitikusan értelmeztek, és ezzel kapcsolatban széles keretekben tárgyalták a modern csecsemőkutatókat. A testpszichoterápia irányában megjelenő növekvő érdeklődés összefügg a mai csecsemőkutatókat és a testléleket vizsgáló neurobiológiai kutatások azon eredményeivel, amelyek az affektusok testi kifejeződésének összefüggéseivel foglalkoznak, és Reich, Lowen, Boyesen illetve Boddell empirikus tapasztalatait vélik igazolni.

George Downing a pszichoanalitikus nézetek talaján megpróbálta a tárgykapcsolati elméletet és a csecsemőkutatókat termékennyé tenni a testpszichoterápia számára. Downing úgy vonta be a testet a koncepciójába, hogy annak egyik központi fogalma az „affektív motoros séma” (Downing, 1996) volt. Elméletében kiemelte, hogy a „motorikus meggyőződések” a felnőttekkel történő testi interakcióban sajátítja el a gyermek, ahol affektív árnyalatokkal és kognitív becslésekkel kapcsolódnak össze. Ezek a séma megfigyelhetőek a felnőttek test-stratégiáiban, például abban, ahogy mások felé közelednek, és hogyan kifejezik a közelség vagy távolság utáni vágyukat. Downing elméletében mindvégig hangsúlyozta, hogy ezek a séma strukturálják az emberek közötti teret.

Mivel a séma kiindulópontja a testi tapasztalatokban van, ezért a testorientált technikák segítenek a tér újrafelosztásában. Továbbá, mivel a séma kognitív tartalmakkal bírnak és affektusokat tartalmaznak, szükség van az analitikus kezelésre az áttételek megjelenése során.

A 2. ábra a fejezet lezárásaként összefoglaló képet nyújt a testterápiák és testpszichoterápiák történeti fejlődéséről.

3. AZ ANALITIKUS TESTPSZICHOTERÁPIA FENOMENOLÓGIAI ÉS ISMERETELMÉLETI MEGKÖZELÍTÉSE

3.1. AZ ANALITIKUS TESTPSZICHOTERÁPIA FENOMENOLÓGIAI ELHELYEZÉSE

Az analitikus testpszichoterápia módszertanában akkor válhat transzparenssé, miután megtalálta helyét az analitikus pszichoterápiák sorában. Ezért fenomenológiai szempontból jelentőséggel bír a testpszichoterápiák megkülönböztetése, amennyiben betekintést ad a testi folyamatok pszichés történéseinek tudatosításába. Mindezekből következik, hogy az analitikus testpszichoterápia differencia specificája a kétszemélyes analitikusan orientált pszichoterápiák és a pszichoanalízishez fűződő viszonyulásában definiálható. Ahhoz, hogy ezt a különbséget megragadjuk, legalább három, testpszichoterápiás munkából származó tapasztalatokból fejlődő szempontot kell előtérbe helyoznunk. Ez az energia és a kapcsolati sík egyidejű jelenléte, az én testi énként való megjelenése, valamint a tudattalan, mint a testben nem észlelt entitás létezése. Módszertanilag áttekintve a részben német iskolából induló három legjelentősebb testpszichoterápiás irányzat fejlődését, a különbség érthetőbbé tehető, mert mind a három irányzat megalapítója mindegyik testpszichoterápiás irány alapkoncepcióját képviseli saját módszertanában.

Az egyén mindig kapcsolatban van jelen, és jelenlétét az energiák által való töltődés jellemzi. A kapcsolatban megragadható jelenlét egyaránt magába foglalja a külső és belső tárgyrepresentációkat. Ez testpszichoterápiás szemléleti keretben azt jelenti, hogy az energiával való feltöltődés az affektusok kifejeződését tartalmazza. Az analitikus testpszichoterápiák fókuszába a blokkolt energiaáramlás mellett a sérült kapcsolatok helyreállítása kerül. Következésképpen központi jelentőséget kap, hogy a kapcsolati zavar, amely később áttételek formájában újra ismétlődik, milyen módon kerül helyreállításra a test terápiás folyamatba való bevonása mellett.

Az analitikus pszichoterápiák során ezzel szemben elsődlegesen kapcsolati síkon történik a terápiás munka, azaz az „energia aspektus” csak feltételes bebocsátást kap a pszichoanalitikus és az analitikusan orientált pszichoterápiás kezelésekre területére. Ha fenomenológiai megközelítésben kívánjuk egymástól megkülönböztetni a testpszichoterápiás kezelési módokat, akkor lehetőségképpen négy alapvető munkamód megkülönböztethető meg.

- 1. munkamód, amelyben a testtel történő terápiás munka a kapcsolati aspektus primér bevonásával történik.
- 2. munkamód, amelyben a test mint közvetítő van jelen a kapcsolati szempontok primér bevonása mellett.
- 3. munkamód, amelyben az „energia aspektus” terápiába való bevonásával a test ismét egy direkt empirikus megtapasztalással hozható összefüggésbe.
- 4. munkamód, amelyben a test ismét mint közvetítő van jelen az „energia aspektus” bevonásával.

A négy munkamód megkülönböztetését illetően fontos hangsúlyozni, hogy a testterápiás és testpszichoterápiás munka a különböző szempontok bevonása mellett egy is-is viszonyrendszerben értelmezhető. Az is-is viszonyrendszerrel arra utalunk, hogy a test nemcsak mint közvetítő, hanem pszichoanalitikus értelemben ősvilágként (Groddeck, 1923) kifejeződő instancia is. Ennek megfelelően a testpszichoterápia elsősorban az első munkamód szerint folytat terápia, és a német pszichoanalitikus iskola által elfogadott, Tilmann Moser és Peter Geißler által képviselt analitikus testpszichoterápia a második munkamód szerint dolgozik. A mai testterápiás gyakorlatban ismertebb neoreichi testterápiákat alkalmazó, így Richard Meyer, Alexander Loewen, Gerda Boyesen és John C. Pierrakos által képviselt iskolák a harmadik munkamóddal dolgoznak, míg a David Boadella iskolájából induló, a bioszintézis alapjaira épülő módszerek a negyedik munkamódot képviselik.

3.1.1. Az analitikus testpszichoterápia definíciója és ismeretelméleti státusza

Egyes fejlődéspszichológiai nézeteiben Reich közel állt a mai csecsemő kutatások csecsemőképéhez, de gyakorlat orientált következtetései egyre távolabb vitték a terápiás történés kapcsolati történéséért értelmezhető megértésétől. Ez az orientáció következményekkel járt az 1970-es és 1980-as években Európában is elterjedő bioenergetikai analízisre nézve. Nagyjából a Ferenczi felé forduló orientációval egyidejűleg a pszichoanalízis bizonyos területein azok a testpszichoterapeuták, akik a Reich és Lowen által kifejlesztett elméleti eszközökre támaszkodtak, határokból ütköztek az értelmezéssel kapcsolatban. Ennek lényege, hogy tisztázniuk kellett, pontosan mi történik a terápiás folyamatban. Ezért aztán egyre inkább a kapcsolati

történés felé fordultak, és megpróbálkoztak az elméletek újraértelmezésével. Német nyelvterületen az 1990-es évek elejéig tartó újraértelmezés és újradefiniálás a testpszichoterapeuták és a pszichoanalitikusok között eredményesnek bizonyult, így a pszichoanalitikus koncepciókra nyitott testpszichoterapeuták és a testi történésre nyitott pszichoanalitikusok egyre közelebb kerültek egymás nézeteihez.

A jelenlegi analitikus testpszichoterápia német iskolája a testi történést a pszichoterápiás hatás részeként értelmezi. Ennek eredményeként képviselői kísérletet tesznek a hagyományos fogalmak kiszélesítésére, az „életmozzanatok”, „testorientáció”, „hatásösszefüggés”, mint újabb fogalmak bevezetésére és újraértelmezésére.

Amint Heisterkamp fogalmaz, „A cselekvés-dialógus, az *Enactment*, vagy a rendezés fogalmait a pszichoanalízis szűkebben értelmezi és a páciens-terapeuta közötti tudattalan összefonódásra korlátozza, amit vagy észlelnek, vagy sem, és ami feldolgozást igényel. Ezzel összefüggésben a szemlélet kiterjesztése a páciens és a terapeuta közötti implicit és explicit hatásokra többek között azzal az előnnyel jár, hogy kiemelten foglalkozik a fejlődést segítő cselekvési egységekkel is, akár észlelhetőek ezek, akár észrevétlenek maradnak” (Heisterkamp, 2007, 301). Az analitikus testpszichoterápiára jellemző a nyíltan definiált ülés, a testbeszéd erőteljes hangsúlyozása és a verbális beszélgetés mellett a testi megjelenítés vagy a „rendező interakció” (Scharff, 2007) lehetősége.

Az analitikus testpszichoterápia, mint a szakemberek között már elismert és megvitatott módszer hivatalos megszületése a Peter Geißler által 1994-ben megjelentetett tanulmányhoz köthető. Az 1990-es évek közepétől jelentősen kibővültek az analitikus testpszichoterápiával kapcsolatos publikációk, elsősorban Jacques Berliner, Tilmann Moser, Günter Maaz és Günter Heisterkamp munkáival.

Az analitikus testpszichoterápia meghatározásaként Maaz a *Pszichoterápia Szótárában* („*Wörterbuch der Psychotherapie*”) a következő definíciót adja: „az analitikus testpszichoterápia a pszichoanalízis tudás- és tapasztalati anyaga alapján dolgozik, elméleti szinten elsősorban az énszichológia (Hartmann, Black), a tárgykapcsolat-elméletek (Bálint, Winnicott, Kernberg), a szelf-pszichológia (Kohut), és az újabb csecsemő kutatás (Lichtenberg, Stern) önállósodása alapján. A terápiás munka lényegét a tudattalan lelki konfliktusanyag tisztázását célzó áttétel-viszontáttételi dinamika analízise, valamint a preverbális és preszimbolikus kapcsolati deficitek és traumák reaktiválása jelentik a szenzo-affektív-motoros testemlékezet által a szelf-, és

tárgyrepresentáció további elmélyítése és differenciálása érdekében, amely magába foglalja a testen és a testtel végzett intervenciókat is” (Maaz és Krüger, 2001, 25).

Heisterkamp többszörösen hangsúlyozza az analitikus testpszichoterápia jellegzetességeként, hogy a terápia folyamatába éppen úgy bevonják a testi kifejezésmódban, szokásokban és szcénikus cselekvésben szabadon „beugró” mozzanatok, mint a hagyományos eljárás (setting) verbális asszociációit. Ezáltal a test tárgy-irányultságú élményéből szubjektív testi megélés alakul ki. Ennek eredményeképpen kibővülnek a páciens lehetőségei arra, hogy gyermekkorra vagy éppen aktuális életvitele másképp kifejezhetetlen modellepizódjai is az analitikus feldolgozás fókuszába kerüljenek (Heisterkamp, 2007).

Az analitikus testpszichoterápia gyakorlatában tevékenykedő terapeuták egyetértenek abban, hogy a mozgásos testtudati munkával és testpszichoterápiás eljárásokkal még feltárhatóbbá válik a tudattalan pszichikai tere, és ezzel elmélyülhet az analitikus megértés, kibővíthetnek a pszichoterápiás beavatkozások keretei.

Átfogóbb módon definiálható az analitikus testpszichoterápia tevékenységi köre, amikor figyelembe vesszük, hogy a cselekvési dialógusnak azt a széles definícióját alkalmazza, amely elismeri a cselekvési dialógus konkrét, de szimbolikus jelentéssel is bíró hatását a páciensre. Ez az analitikus testpszichoterápia technikája szempontjából azt jelenti, hogy egyaránt alkalmazza a tudattalanul zajló cselekvési dialógusokat (enactments), valamint a tudatosan indított (szcénikus) beavatkozásokat. Az ilyen módon szélesebben definiált cselekvési dialógus azonban mintegy 90%-ban mégiscsak a nem tudatos komponensekből tevődik össze (Stern, 2004/1998).

Az életmozzanatok pszichoanalízise (Geißler és Heisterkamp: „*Psychoanalyse der Lebensbewegungen*”) című tankönyvben Scharff a következő összefoglalást adja: „Az ülés ennek során a szavak cseréjén túl a páciens, és a terapeuta számára is explicit módon lehetővé teszi, hogy az elképzeléseket, emlékeket, és érzéseket azáltal fejezzék ki, hogy azokat ’testileg’ alkalmazzák” (Scharff, 2007, 84).

Az analitikus testpszichoterápia emberképében különböző filozófiai áramlatok jelennek meg annak tudatában, hogy az „élő” és végül is „megfoghatatlan” átgondolása mindig csak bizonyos részaspektusokat világít meg. A vitális, ösztönös, expresszív vagy tudattalan lét fenomenológiai státusza (Salber, 1965) a „hatalomra, mint potencialitásra vonatkozik, lényegében materiális értelemben, mint *az élő test húsa*” (Kühn, 2007, 609). „[...] mert a valóságban mindig többek vagyunk, mint ami éppen vagyunk – többek, mint a látható test, ennek közvetlen következményei vannak a terápiára, az

elméleti bizalomra, hogy minden esetben képesek legyünk a krízisszerű pillanatok tapasztalatán túl megszólítani azt a többit, és ennek során a szubjektív testiségben az élet döntő megnyilatkozásával találkozni, ebből nyerve az egzisztenciánk új irányát, amelyet semmi sem kérdőjelezhet meg” (uo. 613).

Kühn (2007) szerint Salber pszichológiai morfológiájában az a perspektíva válik jelentőssé, ahol az emberi élet struktúrákba szerveződik, amelyben az életformák formálódását és átformálódását akarja megérteni és koncepcióiban modellezni. Ez a morfológia kortörténeti irányzatként értelmezi magát, amely Kant, Dilthey, Nietzsche és Freud nyomán az emberi élet autonómiáját hangsúlyozza. Ez az irányzat a lelki összefüggések teljes megértése miatt különbözik valamennyi statisztikailag széttagolóan ható koncepciótól. Goethe morfológia-eszméjéhez nyúl vissza, és a Gestalt pszichológia módszereivel a folyamatokat önálló tudománnyá fejleszti tovább, amely meghatározza az emberi élményeket és magatartást.

Ebből következik az is, hogy jelentőssé válik a test kettőssége, mint válasz arra a kérdésre, hogyan viszonyul az ember a testéhez: egyrészt testből valók vagyunk, másrészt van egy testünk. A „testünk van” kifejezéssel egy „excentrikus pozicionalitás” válik értelmezhetővé (Plessner, 1928). Az excentrikus pozíció csak gondolatilag meghatározott hely, amelyhez „szelfet” rendelünk, azaz azt a pozíciót, amely tudja, hogy a testből származik, de több is annál, egy „ego”, amely csak mások által realizálható (Buchholz, 2007).

A Reich–Gindler–Ferenczi nevéhez kapcsolódó testpszichoterápiás irányzatokban háromféle testkép jelenik meg. Ezeknek a képeknek az analógiájára az analitikus testpszichoterápiák emberképe a dialogikus test vagy relációnális testképfelfogást hangsúlyozza (Geuter, 1996). Nem a medikális kontextusban megjelenő testről beszél ez az irányzat, hanem képben ábrázolja azt a testiséget, amelyet önmagunkra vagy a világra vonatkoztatva úgy értelmezhetünk, mint a valóságalkítás testi dimenzióját (Geißler, Heisterkamp, 2013). A német pszichoanalitikus irodalomban mind a „Leib”, mind pedig a „Körper” fogalma szerepel. Érdeemes megjegyezni, hogy az általam áttekintett német nyelvű pszichoanalitikus szakirodalom, amely a pszichoanalízis és a testorientált, valamint a testpszichoterápiák határterületeit írja le, inkább a „Körper” kifejezést alkalmazza. Ennek oka lehet, hogy a test „tudása” nyelvileg kétféleképpen fejeződik ki. A német nyelvben ezt a különbséget a „Leib” (a test, mint az egész ember) és a „Körper” (a fizikai test) fogalmak között megjelenő különbözőség adja. Mivel a tárgyészlelés önmagában nem létezhet, hiszen feltételezi az egész testi (Leib) működést,

mint a test pusztá tudata is magában foglalja az önmegtapasztalás testi (Körper) létezését. A testünk révén kapcsolódunk a világhoz, és ahogy ezt a későbbiekben látni fogjuk, ez a saját test és a másik test között fennálló szociális viszony Merleau-Ponty (1984/1966) „testköziség” fogalmának is kiemelt jelentőséget ad. A két különböző fogalom használata olyan nehézséget jelent, amelyre Marcel hívja fel a figyelmet: „...a létező és a kétségbevonhatatlan önmaga tudatával áll kapcsolatban. Ezt a tudatot semmi sem közvetíti és nincs is szüksége ilyen közvetítésre. Ez egy érzékelés. Benne ébred a lét, és „én vagyok”-ként valósítja meg önmagát. Én magam azonban önmagam számára áthatolhatatlan, a kétségeknek a valóságába fejlesztő titok. Mint ilyen vagyok a testem.” (Marcel, 1986, 16)

Gondolatai szerint az inkarnálódott lét, mint testet öltött lét jelenik meg, eszerint megkülönbözteti a birtokolható testet és a testet, amik vagyunk. Mindezen gondolatok Kühn fenomenológiai fejtegetéséhez vezetnek vissza, amelyben hangsúlyozza, hogy többek vagyunk, mint csupán látható test.

3.1.2. Az analitikus testpszichoterápia viszonyulása az analitikus pszichoterápiákhoz és a bioenergetikai analízishez

A bioenergetikai analízisben a viselkedés nonverbális aspektusainak kiemelt jelentősége magától értetődő. A terapeuta bizonyos gyakorlatokat kínál fel a kliensnek, amelyek fizikai mozgásra készítik őt, a terapeuta pedig megpróbál a mozgás- és tartásmódjai alapján véleményt alkotni a kliens sajátos struktúrájáról, megérteni és besorolni őt a bioenergetikai karaktertípológia alapján. Külön jelentőséggel bír a bioenergetikai analízis szempontjából, hogy ezeknek a gyakorlatoknak a hatására miképpen fejlődnek az elsődleges érzelmek: a düh, a gyász, a félelem vagy az öröm kifejezése. Mennyire képes a kliens megnyílni a saját belső érzelmi világa számára; másképp fogalmazva: milyenek az ő sajátos testi blokádjai az érzelmek katartikus kifejezésével szemben? A bioenergetikusok évtizedeken át figyeltek erre az aspektusra, a páciens karakterstruktúrájára, amely testi szinten valamennyi érzelemgátló mechanizmust magában foglalja, és amely az izmok tartásmintáiból indult ki (Lowen, 1981). Az érzelelkifejezés, a katarzis eredetileg különösen fontos volt, azonban az idők folyamán felismerték, hogy az emocionális katarzis terápiás hatása korlátozott.

Ismert az is, hogy maga Freud is egy katartikus módszer alkalmazásával kezdte a terápiás gyakorlatát. Nyomást gyakorolt a páciens homlokára, hogy stimulálja annak

asszociációit, és felszabadítsa az érzelmeit.² Freud később abbahagyta ezt, amikor világossá vált előtte az áttételi folyamatok kiemelkedően fontos szerepe.

Geißler kifejti, hogy a bioenergetikai analízis történetében már többen megállapították, hogy az érzelmek és a testi folyamatok fókuszálásával a bioenergetikai analízis más utakon jár, mint a pszichoanalízis, ami kifejezetten a tudattalan dinamikával foglalkozik. Ennek megfelelően a bioenergetikai analízisben a terapeuta szerepe is egész másképp fogalmazódik meg, mint a pszichoanalitikusé. A bioenergetikai folyamatban a terapeuta jórészt a kliens folyamatainak *kísérőjeként* értelmeződik, mert részben ő az a szakember, aki a páciens izomblokádjait *leolvasva* – egy biztos távolságból, egy pseudo-orvosi kapcsolati modellt követve – kíséretet ad a páciens számára. A klasszikus bioenergetika csak ritkán csúcsosodik ki az áttétellel folyó munkában, és a bioenergetikai szakemberek általában kevésbé képzetek a pszichoanalízis területén, hogy a közvetlen áttételi munkák technikáit, mindenekelőtt a negatív áttétellel kapcsolatosakat ismernék. Míg a bioenergetikai terapeuta gyorsan meg akarja szüntetni a konfliktusos áttételeket, addig ezek a pszichoanalitikus folyamat részét képezik – sőt akár tovább is növelhetik a negatív áttételi feszültségeket.

A terapeuta szerepe kiemeltebb jelentőséget kap a relációs pszichoanalízis interszubjektív-interakcionális modelljében, és kifejezettebb az analitikus testpszichoterápiában, ahol a nyitottnak definiált ülésre jellemző egy affektív tömörség. Ennek megtapasztalása során labilisabbá válhat a kapcsolat mind a magasabb időfrekvencia révén, mind az elhárító struktúrák közvetlen testi megközelítése révén, méghozzá mind a páciens, mind a terapeuta részéről (Geißler, 2007). Ebben a folyamatban a terapeuta, mint konkrét interakciós partner van jelen, akinek erősségei és gyengeségei vannak, amelyeket a páciens a terápia folyamán jól felismer, másképp, mint a bioenergetikai eljárásban, ahol a terapeuta kísérőként vagy érinthetetlen autoritásként jelenik meg. A terápiás szerepmodell az analitikus testpszichoterápián belül magában az interakcióban kap hangsúlyt, és kevésbé orvosi jellegű, mint a bioenergetikai analízisben. A terápiás folyamat kommunikációs jellegét tekintve itt azok a kérdések kerülnek fókuszba, amelyek azt tárgyalják, hogy milyen jelenetek zajlanak le a terapeuta és a páciens között spontán módon; hogyan tudják terapeuta és páciens együtt, lépésről lépésre kidolgozni a páciens releváns hozzájárulását, anélkül, hogy közben a terapeuta megtagadná vagy kikapcsolná a saját részét a kapcsolat alakításában.

² Egyik páciense találóan „kéményseprésnek” nevezte ezt az eljárást.

A bioenergetikai analízis és pszichoanalitikus terápiás munka között húzódó alapvető különbség leginkább úgy fogalmazható meg, hogy az előbbiben kevésbé folynak bele a bioenergetikai diagnosztikába a terapeutáról szóló gondolatok, mert a terápia középpontjába a páciens karakterstruktúrája kerül, és nem a közösen létrehozott, tudattalan jelenet.

Ezzel szemben az analitikus testpszichoterápiában a terapeuta megpróbálja felbecsülni a páciens énjét, és képet alkot elhárító mechanizmusai érettségi fokáról. A terapeuta bevonja a saját személyes erős és gyenge oldalait a terápiás folyamatba, valamint a saját énvédelmi mechanizmusait, mivel ezek segítenek megérezni a határait, hogy minden interaktivitás mellett is megőrizhesse reflektáló énjét.

Valamelyest pontosítva a bioenergetikai analízishez képest megjelenő különbséget úgy fogalmazhatunk, hogy az analitikus testpszichoterápiában megjelenik egy nyitott helyszín, mint „átmeneti tér”. Ez sokrétű interakciót tesz lehetővé, melynek során a hangsúly alapvetően a megélt testi élményre helyeződik. A test az interakciók folyamatában, mint cselekvő test jelenik meg, mint a jelen pillanat kommunikációhordozója a páciensen belül, valamint a páciens és terapeuta között. A bioenergetikai analízis és az analitikus testpszichoterápia módszerei között megjelenő különbségek alapján elmondhatjuk, hogy a testről alkotott kép az egyik legfontosabb különbség az analitikus testpszichoterápia és a bioenergetikai analízis között, mivel az analitikus testpszichoterápiában a testet nem csak a szubjektív élmények határozzák meg, hanem egyenrangúan kezelik azt, mint önmagában és önmagáért létező fizikai entitást.

3.2. TESTI TUDATOSSÁG AZ INTERSZUBJEKTIVITÁS JEGYÉBEN

3.2.1. A testi megélés interakciós alapja

Egy interakcióban megnyilvánuló pszichomotorium szemszögéből elsődlegesen az a kérdés lehet fontos, hogy mennyire fejlődik önállóan egy érési folyamat keretében a saját test észlelése és megélése, valamint az, hogy milyen módon vesznek részt a testi megélés fejlődésében az interakciók. A pszichoanalitikus fejlődéslelektan erre egyértelmű választ ad: a lelki fejlődés kezdetén, a gondolkodás és az érzelmek fejlődésekor nem a saját test megtapasztalása áll a középpontban, hanem sokkal inkább a testi összeolvadottság. A saját test megtapasztalása helyén ez a tétel áll: „testem a

másik testtel kapcsolatban” (Kestenberg, 1975). Ebben az értelemben a pszichés testi reprezentációk az interakciós tapasztalatok lecsapódásai. A preszimbolikus interakciók testi megjelenése különböző definíciókat kap, így Kestenberg (1956) szerv-tárgy egységekről beszél: pl. az a mód, ahogy a csecsemő megéli a száját az anyamellel történő interakcióban, bevési a száj szelfreprezentációját, vagyis úgy reprezentálódik, ahogy „száj a mellel kapcsolódik” (Kestenberg, 1956). A későbbi szerep, azaz a száj affektív önmegjelenítése ezeknek az interakciós tapasztalatoknak a nyomait őrzi, ami azt jelenti, hogy a gyermek eleinte nem individuumként van jelen, hanem mint kapcsolatokban létező lény, akinek önészlelését az interakciós tapasztalatainak minősége alakítja ki. Következésképpen a saját test megtapasztalása is a személyközi bevésődések nyomait tartalmazza.

A testi egymásra hangolódás, a testi személyközi vonatkoztatás az az eredet, amelyből a saját test és az éntudat fejlődik. A témát érintő fenomenológiai tanulmányok kifejtik, hogy a felnőttek spontán élményeiben mindig elsődleges marad az interszubjektív testi vonatkozás, vagyis, másképp fogalmazva, a testi interakció megelőzi a tudatot. A testi megéléssel foglalkozó tanulmányok abba az irányba mutatnak, mint a fejlődéslélektan eredményei, azaz „a testi tapasztalat soha, egyetlen életkorban sem redukálható egyéni és szolipszisztikus önmegtapasztalásra: még mielőtt gondolkodni kezdenék, a testem máris szocializálódott; még mielőtt akaratomat kifejezésre juttathatnám, testi szempontból máris a többiekre hangolódtam, tehát a test ebben az értelemben egy kapcsolatban megélt test” (Küchenhoff, 2012, 83).

3.2.2. Testemlékezet fejlődéstörténeti keretben

Abból kiindulva, hogy a relációs perspektíva biológiai alapú, és a testi megéléssel foglalkozó tanulmányok az interszubjektív testi vonatkozás elsődlegességét hangsúlyozzák, elfogadott, hogy agyunk első feladata nem a gondolkodás, hanem a kapcsolatok sejtszinten történő előállítása, fenntartása és alakítása (Hüther, 2005). A fejlődő agyban a differenciálódó kapcsolódási minták fokozatosan fejlődnek a testben zajló reakciók tudattalan „belső” képeivé. Eredményük a „protoén” (Damasio, 1996), amely a pszichológiai folyamatokat reprezentálja. Az érzékszervek fejlődésével és funkciójának differenciálódásával fejlődik a „magén” (Damasio, 1996), ennek eredményeként a limbikus rendszerben és az asszociatív kortextben izgalmi minták keletkeznek. Ezek képeket alkotnak arról, hogy hogyan befolyásolja a saját testet a

külső világ változása. A „magén” Hüthernél a Stern-féle (1992/1985) magszelffel azonos test-érzetként kerül reprezentálásra, ha egy testi reakciót egy ingerválaszra való emlékezés vált ki (Hüther, 2005).

A fejlődésre vonatkozó különböző éndefiníciók a különböző szerzőknél eltérőek. Összehasonlítva azonban Damasio és Stern elméletét, arra a következtetésre juthatunk, hogy a „magtudat” magában az inerakcióban fejlődik (Fonagy és Target, 2006). Összehasonlítva a „protoén” és „magszef” meghatározásokat, láthatjuk, hogy a fogalmak együttesen alkotják a testi én alapját az én további konstrukciójának feltételeként. A testi én a protoénnel és a magszelffel ellentétben alapvetően tudatos, és a saját tapasztalatok legalapvetőbb szintjét alkotja – a saját tapasztalatok értékelésének referenciarendszerét. Szerkezetét a szülői referenciaszemély szabályozó aktivitásai befolyásolják: a jellemző interakciós tapasztalatok, mint „RIGS” (representations of interactions that have been generalized) (Stern, 1992/1985) jelennek meg, és befolyásolják az alapelvárásokat. Ezek a generalizált reprezentációk beszéd előtti, a testi szinten emocionális reakció-mintákként jelennek meg, „az érzelmi szokások”, azaz az interaktív módon kiváltott kondicionált és automatizált folyamatok szubsztrátumaként.

Az emlékezet azt a sok nyomot képviseli, amely egy élőlény külvilággal történő interakciói által vésődik be a struktúrába és a belső organizmusba. Ebben az értelemben valamennyi sejt, valamennyi szerv, valamennyi individuum, illetve minden életközösség saját, eddigi tapasztalatainak megfelelő emlékezettel rendelkezik. Hüther és munkatársai hangsúlyozzák, hogy az emberi agy képes a specifikus magatartási mintákat, amelyeket a tapasztalatok alakítottak ki az agyban, egy későbbi időpontban újra aktiválni és a vonatkozó tapasztalatok belső emlékképét előhívni (Hüther, 2005). Ezért valamennyi tapasztalat, melyet már csecsemőkorban vagy a magzati állapotban gyűjtöttünk, a sejtek, szervek, agyi területek, az egész test emlékezetében, a testi emlékezetben raktározódik el. Ezeket azonban nem lehet tudatosan expliciten előhívni vagy közölni. Ezt látjuk Stern (1992/1985) elméletében is, miszerint a korai emlékeket, az anya-gyerek kapcsolat motoros, érzelmi aspektusait az implicit memória rögzíti, amely a Stern és munkatársai által leírt implicit kapcsolati tudás idegrendszeri alapját képezi.

Ismereteink szerint az implicit tudás olyan képességterületet jelöl, amely kevésbé kognitív természetű, mint inkább észlelési és cselekvési diszpozíciókra fókuszál. A neuropszichológiai kutatások az emlékezetpszichológiai kutatásoknál erősebben kapcsolják az implicit területet a „test” fogalmához, valamint az implicit területhez

kapcsolódó kérdéseket az én és a környezet eleven interakcióihoz, illetve ezeket jelzésszerűen az emocionális folyamatokhoz kötik.

Az implicit memória nem tudatos természetű, ezért előhívása nem akaratlagos, hanem a beíródás körülményeit utánzó ingerek spontán módon hívják elő. Tartalma és a vitalitás affektusok hogyanja sem esik a tudatos tartományba, a testi emlékezetnek mégis kiemelt szerep jut a testi emléknymok által. A testi emléknymok, mint jelölők a háttérérzelmek alakulásában bírnak hangsúllyal. Nem tudatosan működnek, de felelősek az implicit háttérérzésért, ami a vitalitás affektusok mindenkori jelenlétében nyilvánul meg (Damasio, 1996). Így a korai tapasztaláson alapuló implicit kapcsolati tudás a test szintjén a testi jelölők által képviselteti magát. Az implicit feldolgozást tekintve fontos kiemelni, hogy az implicit tanulási tapasztalás, mint az adaptív tanulási repertoár kulcsdarabja, már a születés előtti életidőben megkezdődik. Vagyis a kezdetleges érzékelési-mozgásos emlékeket a legkorábbi vonatkoztatási személlyel hozza kapcsolatba, és így tárolja el. Mindebből az a következtetés vonható le, hogy az első három életévben, amikor kialakul a tudatos emlékezés képessége, az agyban, különösen a cortex magasabb asszociatív központjaiban mély reorganizációs folyamatok zajlanak, és elképzelhető, hogy ezek a folyamatok olyan kapcsolódásokat tartalmaznak, amelyeket a korábban bevésődött tapasztalatok váltanak ki. Miután kifejlődött a tudatos emlékezés képessége, ezek a korai képek, ha töredékesen vagy elmosódottan is, de elsősorban a testi érzetek által válnak előhívhatóvá.

3.2.3. Test, mint tükör és struktúra – Interszubsjektivitás és testi tudatosság

A testi egység és a saját identitással összefüggő tapasztalatok interszubsjektív módon konstituálódnak. Ebből kiindulva az a legalapvetőbb kérdés fogalmazódhat meg bennünk, hogy miképpen éljük meg magunkat testi és szelfegységként.

Az interszubsjektivitást előnyben részesítő analitikus elméletek egyöntetűen hangsúlyozzák, hogy a test interperszonális kapcsolatban születik. Elsőként Merleau-Ponty filozófiájában található meg az interszubsjektivitásban születő test fogalma (Merleau-Ponty, 1984/1966; Szili, 2010a). Merleau-Ponty a nyelv szimbolikus rendjét az interszubsjektíven szerveződő percepciók tapasztaláshoz vezeti vissza. Filozófiája szerint az imaginárius valóság a legalapvetőbb testi élmények differenciálódásából ered, azaz interszubsjektív folyamatban testi érzetek jelentéssel való telítődése által. Filozófiájára Heidegger, Descartes, Kant, Hegel, Kierkegaard és Nietzsche gondolatai

voltak hatással. Fenomenológiai szempontból tehát a saját test, mint a tapasztalás állandó eleme válik számára jelentőssé. Gondolatai szerint az észlelés elsőbbsége a tapasztalat elsőbbségét jelzi. Ebben Merleau-Ponty kiemeli a tudat testi, valamint a test intencionális vonatkozásait, szemben a descartesi dualista ontológiával, ahol a test és lélek két különálló szubsztancia. A szubjektivitás, ahogy ő nevezi, a testalanyban vagy a „megélt-testbe” való áthelyezése révén hoz változást. Merleau-Pontynál a szubjektivitás és tudatosság rejtetten feltételezik a bennfoglaltságunkat a fizikai világban, amely érzékelési felfedezésre készlet. (Merleau-Ponty 1984/1966). Merleau-Ponty filozófiája a pszichoanalitikus elméletek között mára kiinduló alap, amely híd szerepet tölt be a modern csecsemőkutatás eredményeire építő analitikus testpszichoterápia irányában is. Különösen a csecsemőmegfigyelésekre alapozó elméletek építenek rá, mint a kötődéselméletek jelentős képviselői: Peter Fonagy és Mary Target.

Merleau-Ponty szerint (1984/1966) a saját identitás hitelessége is a testkép és a testélmény összetartozásán és átjárhatóságán múlik. Az anya egyszerre kerül közel a szubjektív testérzethez, miközben kívülről is látja a gyermek testét, vagyis tükrözés és azonosítás által a két érzet összhangba kerül a szelf fejlődése során (Vermes, 2006; Küchenhoff, 2012).

A csecsemőkutatások tapasztalatai azt mutatják, hogy az észlelés, az információfeldolgozás és a cselekvés a környezet megismerésében elválaszthatatlanul összekapcsolódik, ami arra utal, hogy a pszichés fejlődés a testi elakadásokkal összefüggésbe hozható, ez pedig a testpszichoterápiák alapvetéseit igazolhatja.

A modern csecsemőkutatás ismeretei szerint a második hónappal kezdődően a hatodikig a csecsemő mozgásfejlődése, növekedésének függvényében lényé is jelentős változáson megy át. Az első terület – „a felbukkanó én-érzékelés” – után fejlődik ki a második, amely a magént, mint különálló, elhatárolt, koherens testi egységet fogja fel. A csecsemő testélménye a cselekedetek és az érzelmi állapotok vonatkozásában központi szerephez jut, amelyben a magén érzése dominál (Stern, 1992/1985).

A kötődést hangsúlyozó elméletek (Fonagy és Target, 2006) kiemelik, hogy a test kapcsolati dinamika révén jön létre, azaz mint a családi viszonylatok hordozója van jelen. A saját testben való jelenlét a saját testhez való viszonyulás eredménye, amelyet alapvetően a korai környezet alakít. Ilyen viszonyulás a testi gesztusok és jelek tükrözése, amelyek reflexió hiányában jelentés nélküliek maradnak (Orbach, 2006, id. Szili 2010a).

A modern csecsemő kutatással foglalkozó tanulmányok (Stern, 1992/1985, 2004/1998, Dornes, 1993) szintén egybehangzó következtetése, hogy a testiséghez való stabil viszony kialakulásához tehát a korai gondozói környezet figyelme és tükrözése szükséges, amely által a test elfogadottá válik (Szili, 2010a).

Az „egy másiknak” a tükrében észlelni a saját identitást tehát már kora gyermekkortól adott, ahol az egészre vonatkozó testkép tükörképként keletkezik, és amely testkép a másokkal folytatott interakció alapján formálódik. Ebben a folyamatban a gyermek a másikat előbb észleli egységként, mint saját magát, és később ezt az észlelési tapasztalatot „alkalmazza saját magára”. Kiemelt jelentőséggel bír ebben a folyamatban, hogy ez a tükör-tapasztalat többek között az idegpályák elhúzódo fejlődése miatt megelőzi az egységes saját testi tapasztalatot. A testkép „tükörtapasztalat” (Küchenhoff, 2012) dimenziója, vagyis hogy a testileg megalapozott énkép a másik megerősítéseire épül, Lacan gondolataihoz kapcsolódik. Abban az időszakban, amelyet Lacan tükörstádiumnak nevez, hat hónapos kor körül, a gyermek vizuális észlelése fejlettebb, mint a motoros koordinációja. Részben ez is az oka, hogy a tükörstádium a látáson át egy olyan imaginárius egységet, totális testképet vetít előre, amivel a gyermek nem rendelkezik, így válik mintává a valóságos vagy a metaforikus tükörben látott kép. A tükörfázis fordulópont a gyermek mentális fejlődésében, és alapvető libidinózus kapcsolatot jelent a testképpel. Mielőtt a vágy felismerné magát a szimbólumon, a nyelven keresztül, addig csak a másikon keresztül látható, imagináriusan (Lacan, 1993/1949). A „proprio-interoceptív” módon megélt test és a tükörben felfedezett egységes testkép közötti hasadással válik világossá, hogy az első korporális dimenziót csak a gyermek maga tapasztalhatja meg, míg ennek külső megjelenését mindig mások tekintete közvetíti.

Sartre fenomenológiája alapján Lacan a tekintet jelentőségét hangsúlyozza, miszerint a másik tekintete objektíválja vagy jelöli meg a szubjektumot. Sartre felcserélhetőnek írja le a megfigyelő és a megfigyelt pozícióját, Lacan a hangsúlyt a „látva lenni” pozícióra helyezi, amely alárendelt a néző perspektívájának (Lacan, 1978/1964). Sternnél a vizuális interakció jelentősége az interakciókban megélt közelség-távolság dimenzió mentén kap hangsúlyt. A vizuális interakció tapasztalata akkor aktiválódik ismét, ha másokkal hasonlóan erőteljesen megélt közelségbe kerül (Stern, 1992/1985). A csecsemő számára ez magától értetődő történés: ezek alapján tanulja meg a másikkal kapcsolatban érzett tiszta és intenzív közelség képességét. Más szavakkal: ebben a fejlődési szakaszban az a tét, hogy elsajátítson egy nonverbális

kommunikációs bázist, amelyre később minden szociális interakciós forma, sőt a nyelv is épül. Elsősorban az anya tekintetének kifejezése az, amire a csecsemő reagál. Ha hangokat hall, nem a szavakra, hanem elsődlegesen a beszéddallamra figyel. A kellemetlen hangok megrémítik vagy megdöbbsentik. Az érintések minőségét is érzi és reagál rájuk. A testkontaktus, hogy felvegyék és hordozzák, kiemelten fontos a számára, azaz ő egy saját tér, amely emocionális kötődéseknek engedelmeskedik.

Az anyával való tapasztalatok reprezentációs rendszerbe szerveződnek belső munkamodellt létrehozva, ezzel a kötődési rendszer nyitott bioszociális homeosztatisz szabályozó rendszernek tekinthető (Fonagy és Target, 2006). A kötődési folyamatok az érzelmek és a testiség megélését alapvetően befolyásolják, és ezeken át a valósághoz való viszonyt is, hiszen az érzelmek és a fiziológiai állapotok azonosítása a primér gondozói viszony interszubjektív terében jön létre. Fentiek alapján megállapítható tehát, hogy az interszubjektív térben kiemelt jelentősége van a hangolódásnak és az implicit kapcsolati tudásnak a gondozói oldalon (Szili, 2010a).

A korai életidőben különösen sok interakció fut le anya és gyermeke közötti, improvizált érintéses játékok során. Fontos kiemelnünk, hogy mindezek az interakciók még a szimbólumképzés képességének kialakulása *előtt* történnek, még akkor is, ha bizonyos interakciók a későbbiekben szimbolikusan is átértelmezhetők lesznek. Ebből következik, hogy a nonverbális interakciós magatartás túlnyomó része a nem szimbolizált kapcsolati tudásból áll, tehát az egymással való bánásmód szokásrendszerével átítatott, amit a fejlődés során nem tudatosítunk.

3.2.4. A nonverbális kapcsolati szabályozásban megjelenő interakcionális³ test

Itt a test azon interaktív mikro- és makrofolyamatairól van szó, amelyek a kapcsolati szabályozásban megjelennek. A mikrofolyamatok szabad szemmel általában nem is észlelhetők, mégis hatnak. Ezeknek a folyamatoknak a hatása a terápiás szituációkban jelentős, és önkéntelenül bevonják a terapeutát, hiszen szüntelenül kommunikatív jeleket bocsát ki, amelyek hatnak és terápiásan hatékonyak.

Az „interakcionális test” fogalmát Geißler vezette be a német pszichoanalitikus iskolába (Geißler, 2007). A test mint médium, mint a cselekvések közvetítője vesz részt a terápiás folyamatban, ugyanakkor a test egy tapasztalati dimenzió közvetítője is, ami fejlődéstörténetileg a beszédfejlődés mellé helyezhető. Ennek megfelelően, ha Stern saját magunkat és másokat érzékelő területek modelljéből (Stern, 1992/1985) indulunk ki, ez azt is jelenti, hogy a testi tapasztalat a konkrét interakcióban a létérzékelés középpontjává válik. Geißler elismeri (Geißler, 2009), hogy Stern egyértelműen kiemeli a vitalitás affektusok szerepét az affektív hangolódásban, így a hangolódás egy ívet alkot, amely által a résztvevők megosztják egymással belső élményeiket.

Az „interakcionális” fogalomválasztás egyrészt az „interakcióban megjelenő áttétel” definíciójára támaszkodik, másrészt pedig azzal a körülménnyel is számol, hogy az interakció, akár verbális, akár nonverbális, a terápiás történés középpontjában áll. Geißler felvetése szerint, „interakcionális” helyett beszélhetnénk „relációs” vagy ahogy Geuter javasolta, akár dialógusban megjelenő testről is (Geuter, 1996).

A fogalomválasztással ahhoz a pszichoanalitikus trendhez csatlakozik a testpszichoterápiás irányzat, amely az enactment-ek és tudattalan cselekvésdialógusok fokozódó figyelemmel kísérésében egyre erősebben hangsúlyozza a kölcsönösséget. Az interakcionalitás hangsúlyozásával nagyobb jelentőséget kap a „nyitottan definiált setting” (Scharff, 2007) fogalma, amely lehetőséget teremt arra, hogy a cselekvések és a procedurális megszokások kibontakozzanak. Egy „nyitott ülésben” ez a lehetőség sokkal nagyobb, mint a hagyományos díványos ülésnél, ami kikapcsolja a test egy részét. Lehetőség nyílik arra, hogy a páciens konfliktusait interaktív folyamatok révén először egy cselekvési síkon tegye érzékelhetővé és ezzel együtt feldolgozhatóvá. A konfliktusok felől megközelítve: a terapeuta lehetőséget ad arra, hogy a páciens megjelenítse, megrendezze és megértse azokat. Egy terápiás interakcióban a testi

³ Geißler „interakcionális test” fogalma a német pszichoanalitikus iskolában interakcionális vagy relációs perspektívában jelenik meg, kiemelve, hogy a test és a környezet költsönösen hatnak egymásra.

dimenzió megnyílásakor olyan alapvető kiszélesítésről van szó, amely új teret teremt a konfliktusos helyzetek ábrázolására. Az *interakcionális test* koncepcióban Geißler olvasatában itt olyan bővítésről van szó, ami az interakció alapvető fundamentumát, a *testit* minden terápiás folyamatban az értelmezéshez hozza közelebb.

3.2.5. A test interszubjektivitása és performatív minősége

A testi megélés interszubjektivitása, mint az előzőekben láttuk, fejlődéslélektanilag megalapozottnak látszik. Hangsúlyossá válik az is, hogy az én, mint pszichés struktúra a testi interakcióra alapozódik. A test performatív minőségével kapcsolatban Küchenhoff (2012) és munkatársai kiemelik, hogy a terápiás folyamatokban jelentős tapasztalás „itt és most”-ja a testi interakciókra épül, amely tény a testi tünetekhez és betegségekhez való hozzáférés során nyeri el jelentőségét. Mindez csak akkor válik értelmezhetővé, ha a kapcsolati kontextust is figyelembe vesszük. Ebből kiindulva Küchenhoff Schilder (1935) és Lacan (1993/1949) gondolatait követi, miszerint a testkép az identitás és az énkép alapja (Küchenhoff, 2012). Ha a testkép az interakcióból jön létre, ugyanez vonatkozik az énképre is, azaz hogy a testi interakció alapozza meg az én megélését is, tehát az énkép és az identitásérzés az eredetileg testi interakcióra vezethető vissza.

Küchenhoff (2012) egy esetpéldában beszámol egy drogfüggő betegről. Nem talált már a testében használható vénát, hogy befecskendezze a heroint, ezért megpróbálkozott azzal, hogy egy Bunsen-égővel nyissa meg elzáródott ereit. Kísérlete a szélsőséges fájdalmak mellett a keringési zavarok és az üszkösödés miatt végül halállal végződött, de ezt megelőzően a beteget a pszichiátriai osztályra helyezték, ahol nem számíthatott intenzív palliatív orvosi ellátásra. A beteg életének utolsó heteiben olyasmit tapasztalt meg, amit valószínűleg mindig is keresett, de sohasem mert megtalálni. A gondozói team szembesült ezzel az elgyötört testtel. Küchenhof emlékeztette a team tagjait Emmanuel Lèvinas filozófiájára (Lévinas, 2006/1974), a szenvedő másik arcával való szembesülésre: „Minden egyéb reflexió előtt az, aki egy szenvedő testre néz, adósnak érzi magát azzal szemben, aki szenved” (Küchenhoff, 2012, 154). Küchenhoff értelmezésében minden reflexió előtt nem egyszerűen csak egy test-test közötti párbeszéd alakult ki, hanem a sokk fejeződött ki olyan módon, hogy még a több szenvedést látott terapeuták szemébe is könnyet csalt. A gennyes sebek váladékai és az ápolók könnyei hatottak egymásra, mely által „olyan testköziség valósult meg, mint azt Maurice Merleau-Ponty fogalmazta, egy bármilyen, csak nem harmonikus, egy

traumatikusan kikényszerített performancia. Egy olyan jelenet, amely feltétlen gondoskodást nyújt a gyógyíthatatlan szenvedésre, afféle anyai reverie-t, amelyről azelőtt a beteg álmodni sem mert volna” (Küchenhoff, 2012, 155).

Az eleven jelen egzisztenciális jelentőségét hangsúlyozva Vermes Kata (2012) szintén rámutat Lévinas (2006/1974) gondolatai között az eleven jelen tapasztalatára: „mint a Más által való eredeti érintettséget, a Más által való motiváltságot, illetve mint a Másikkal való találkozást értelmezi” (Vermes, 2012, 51).

Küchenhoff az említett esetpélda nyomán következtetésként emeli ki, hogy a test nem magányos testként, hanem csakis interakcióban működő testként létezik. Az esetpélda nyomán megerősítést nyert, hogy a saját test interszubjektív bevésődések nyomait tartalmazza. Így a testi interszubjektivitás jelentőségét kiemelve utalhatunk Merleau-Ponty „testköziség” (intercorporeité) fogalmára, amely alapján hangsúlyossá válik a test és a világ összefonódása, a saját test megélése és a másik testi megélése közötti kapcsolódás.

3.2.6. A test a megjelenített testköziségben

A következőkben utalás szintjén szeretném megemlíteni, hogy a művészetben nem csak az önkifejezés és kreativitás eszköze a test, hanem a szenvedés és interszubjektivitás bemutatásáé is. Ez a későbbiekben bemutatandó testkép-szobor technika szempontjából lehet releváns dolgozatomban.

A modern művészet ismert képviselői, mint Picasso, Bacon, Beckmann és De Kooning alkotásai között találunk diszharmonikus, manipulált, megkínzott vagy szétdarabolt testeket a férfi vágyak projekciós felületeként megjelenített női testek között. A posztmodernben tágabb jelentést kap a testköziség, különösen a művészetek terén, hiszen már a modernizmus vége előtt olyan képek kerültek a vizsgálódások körébe, ahol feltűnt a testi interszubjektivitás témája, amennyiben a megjelenített testek egymásra hatva és vonatkoztatva jelentek meg. Kétségtelenül szép és egyszerű megjelenítéssel bíró példa erre Paul Klee „X-ecske” munkája (1. kép), amely által a látszólag nem látható testköziség láthatóvá válik. A művész ábrázolásában a test nem csupán biológiai értelemben, hanem mint írás is megjelenik, hiszen egy betű által fogalmazódik meg a test interszubjektivitása. Az „X”, mint a görög abc „Chi” betűje egy alakot formál. Ez maga X-ecske teste, mint az összefonódás szimbóluma, amely a kapcsolatiságra utal. Az alkotás egyszerűségében rejlik a különlegessége, mert a

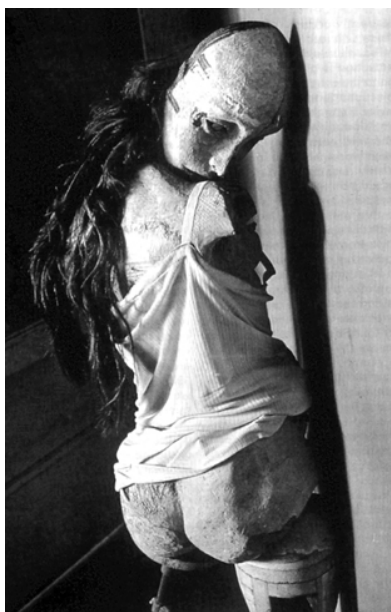
gyermek és a szülők között érzékelhető testi csere is megelevenedik a személyközi térben (Küchenhoff, 2012).



1. kép

Paul Klee: X-ecske (1938)

A krakkói születésű Hans Bellmer a német szürrealisták elfeledett és újfelfedezett alakja, aki ábrázolásaiban gyakran megfosztotta a női testet a végtagoktól és a fejtől. Bábuit jellemzően szétszedte, és egy új konstrukcióban újra összerakta (2. kép). Testképeihez munkásságának második felében Unica Zürn adott ihletet, aki depresszióban és skizofrén megbetegedésben szenvedett, és akivel élete végéig együtt dolgozott. Testfelfogásában a testet a szöveghez hasonlította, amelyben a lényeg a szöveg alatt található. Bellmer azzal, hogy alkotásaiban a spotfényt az egyes testrészekre irányította, elérte, hogy a test erőteljesebben jelenjen meg, mint projekciós felület. Különös fotózási technikája által a néző akaratlanul voyeur szerepbe kerül, ami arra kényszeríti, hogy vegyen részt valamiben, ami valósnak tűnik, még akkor is, ha a tett színhelye maga a képzelet.



2. kép

Hans Bellmer: La Poupée (1935)

A test képeinek ábrázolásaiban gyakran említésre méltó párhuzam bukkan fel a művészetek és a pszichopatológia világából, ami elsősorban a súlyos személyiségzavarok által jelenítődik meg, és az elbeszélhetetlen megjelenítésében ragadható meg. Művész és páciens is az elbeszélhetetlent keresi: az én megélésének a megjelenítési lehetőségeit, amelynek kiinduló alapja a testben keresendő. „Az én eredetileg egy testi jelenség, nemcsak felület, hanem maga a vetülete egy felületnek” (Freud, 1923/1991, 30).

A korábban említett esetpélda is a szubjektivitás ilyen formán történő megjelenítésének egy lehetőségét mutatta meg a számunkra: egy kapcsolati jelen(et) saját testtel történő megjelenítése. Ebben a jelenetben a test, az elzáródott véna jelölővé vált, ami az énen keletkező rést mutatta meg. A traumatizáló kéz maga a behatoló tárgy, ami meghaladta a határokat. Ebben az esetben a test, mint jelölő arra is szolgált, hogy távolságot teremtsen az intruzív tárgyakkal szemben.

3.2.7. Testi megélés és mozgásélmény, mozgásmagatartás a testkép és a testséma összefüggésében

A biomedikális modell meghaladásával a biopszichoszociális szemlélet (Engel, 1977) került a huszadik század közepétől a gyógyítás előterébe, amely azt a felismerést

hordozza, hogy az életminőség kulcsa az életmódban és annak megélésében keresendő. A biopszichoszociális modell eredete Thure von Uexküll (1986) teóriájához köthető.⁴

A modern testképzavarok napjainkban egyre nagyobb figyelmet kapnak a pszichiátria területén. Különösen a pszichoszomatikus zavarokra érvényes biopszichoszociális modell bír ezen a területen kiemelt jelentőséggel, hogy a biológiai ok-okozat összefüggés mellett a pszichológiai eltérések, valamint a szociokulturális háttér is fontos szerephez jut (Túry és mtsai, 2010). Ez a biopszichoszociális szemlélet megfelelő alapot nyújt ahhoz, hogy egymáshoz viszonyíthassuk a mozgásmagatartást és a pszichés síkot. Ez a modell összefüggéseket keres a fiziológiai, a pszichológiai és a szociális térben lezajló intra- és interpszichés folyamatok között. Abból indul ki, hogy a különféle rendszerszinteken zajló folyamatok önállóak, s egymást az úgynevezett „felfelé és lefelé irányuló hatások” révén kölcsönösen befolyásolhatják. Például a szomatikus „tünetek” az egyszerűbb szint állapotáról informálják a komplexebb pszichés vagy szociális rendszersíkokat – vagyis ezeket részben olyan jelekké alakítják át, amelyek mindenképpen egy „segélykiáltást vagy támogatásigényt” jelentenek. „A tünetek olyan jelek, amelyek az élő rendszerek állapotáról informálnak” (von Uexküll, 1986, 26). Ilyen értelemben a mozgásmagatartás nyugodtan tekinthető „tünetnek”, ami többek között a testélményről nyújt pontosabb információt.

Joraschky (1983), aki a testképzavarokkal kiemelten foglalkozik, hangsúlyozza, hogy a biopszichoszociális modellben az érintett különböző síkok közötti felfelé és lefelé irányuló áramlás miatt érdemes a különböző síkokon elkezdni a kezelést, hiszen az egyes síkok kölcsönösen és közvetett módon befolyást gyakorolnak egymásra. Ebből következik, hogy azok a terápiák, amelyek a mozgás síkját veszik célba – mint például a tánc- vagy a mozgásterápia –, hatással lesznek a többi szintre, többek között a testélményt is magába záró testi szintre is.

Mivel a testséma és a testkép fogalmakat az irodalom egy szélesebb értelmezési keretben és meglehetősen különbözőképpen tárgyalja, érdemes azokra a fogalmi meghatározásokra összpontosítani, amelyek megpróbálják konszenzusra juttatni a különböző definíciókat. A *testséma* kifejezés ebben a kontextusban a saját test *kognitív reprezentációja* értelemben alkalmazható. Ennek tartalma a test formája és mérete, a testrészek egymáshoz való viszonya. Ennek alapját a saját testi szenzomotoros tapasztalatok képezik. A *testkép* fogalmat a pszichológiában és pszichoanalízisben

⁴ Német nyelvterületen a pszichoszomatikus orvoslásban alapvetően Th. v. Uexküll modelljére támaszkodnak.

alkalmazott használatának megfelelően a saját testhez való, *tudatos és tudattalan, érzelmi-affektív* beállítottság és szereprendszer alkotja (Dolto, 1987/1984; Joraschky, 1983).

A testséma és a mozgásmagatartás közötti kölcsönös függőséget korábban több tanulmány tárgyalta részletesebben (Piaget, 1999/1962; Ayres, 1961), azonban az empirikus vizsgálatok célja leggyakrabban a mozgástréning és a pozitív testkép összefüggésének bizonyítása volt. Néhány tanulmány foglalkozik a mozgásminta és a testkép összefüggéseinek minőségi szempontjaival is, pl. a szkizofréknél és az autistáknál megfigyelhető mozgássztereotípiák ismétlődő önérítéssel, amelynek célja a test stimulálásával a saját testhatárok stabilizálására tett kísérlet (Joraschky, 1983).

A mozgásmagatartásra vonatkozó vizsgálatok jól összeegyeztethetők nem csak szkizofrén megbetegedésekben, hanem például a leggyakrabban vizsgált anorexiában fellépő testséma- és testképzavarokkal (Maaser, 1982; Joraschky, 1983). Az anorexiában fellépő testképzavarok fontos összetevője a saját test méreteinek túlbecslése, a saját testhatárok instabilitásának és a testi dezintegrációnak a megélése, valamint a testiség nőies aspektusának elutasítása. (Bár az evés- és testképzavarokat jellegzetesen női betegségként tartják számon, az utóbbi húsz évben egyre több kutatás foglalkozik a férfiak evés- és testképzavaraival (Pope, Katz, Hudson, 1993). Az izomdiszmorfia vagy korábbi nevén az inverz anorexia tárgyalása a hazai szakirodalomban is megjelent (Túry és Szabó, 2000). Az anorexiában szenvedő nők jórészt kötött mozgásfolyama a fokozott kontrolligényükből ered, amit elsősorban a tulajdon testükön – ennek igényein és funkcióin – akarnak gyakorolni. Ennek megfelelően csak ritkán figyelhető meg a szabad mozgásfolyam, mint az elengedés és a mozgásfolyam követésének kifejezése. Annak az állapotnak az elkerülése, amelyben a test a mozgásfolyamot követve úgymond magára marad, magyarázható azzal a szorongással, hogy amorffá válnak, elveszítik az alakjuk körvonalait. Az egyes testrészek izolált mozgása a teljes test mozgásának egyidejű hiánya mellett arra utal, hogy a testi megélés szétesőben van: az egyes testrészek önálló életre kelnek (Maaser, 1982).

Az izolált mozgások, mint a klasszikus balettben, főképp a periférikus testrészek kontrollját követelik meg. Ebből következően az anorexiás páciensek kerülnek az egész testtel történő mozgást, mivel az olyan érzést kelt, hogy átadják magukat a mozgásnak, ezzel elveszítve a kontrollt. Így az egész test mozgáshiánya azt is jelenti, hogy bizonyos testrészeket kizárnak a mozgásból. Ha nem mozgatják a testrészt, azt jelenti, hogy szinte

negálják annak létezését. Így a teljes törzs „mozdulatlan” marad, mivel a felső rész mozgása emóciókat, az alsó része viszont szexuális izgalmat válthatna ki. A saját test tömegének csekély felhasználása úgy magyarázható, mint a testsúly elutasításának mozgásban megnyilvánuló manifesztációja, valamint annak az anorexiás törekvésnek a kifejeződése, hogy könnyűek, légiesek, lebegők legyenek (Joraschky, 1983). Terápiás tapasztalatok azt mutatják, hogy jellemző az anorexiás páciensekre, hogy túlságosan kövérnek érzik magukat, ezért próbálnak legalább mozgással további tereket nem elfoglalni. Ez többek között arra enged következtetni, hogy a testkép és a testséma szorosan összefonódik a mozgásmagatartással.

Mivel a mozgás, mint azt a terápiás tapasztalatok is megerősítik, támogatja a testséma differenciálódását, általában pozitívan befolyásolja a testképet (Merényi, 2004). Ezt a hatást használják fel a terapeuták a test-, mozgás- és táncterápiákban, amelyeknek során bizonyos mozgástapasztalatok segítségével a testséma és a testkép célzott változtatását érik el. Ez megfordítva is igaz: a testkép és a testséma is hatással van a mozgásmagatartásra, éppen ezért jelentős következtetések vonhatók le a mozgásmagatartásból a testsémára és a testképre vonatkozóan.

A testséma- és testképzavarok diagnosztizálására a legmegfelelőbbnek a mozgás- és táncterápiában használatos Lábán-féle mozgásanalízis (LMA) tűnik, mivel ez a teljes mozgásmagatartást átfogja, különös tekintettel a testhasználatra és a minőségi mozgásaspektusokra (Joraschky, 1983; Laban, 1988; North, 1990). A Lábán-féle mozgásanalízis egy további operacionalizált verzióját jelenti a Mozgás Pszichodiagnosztikai Kérdőív (Movement Psychodiagnostic Inventory; Davis, 1991), amely főképp a mozgásmagatartásban tapasztalt patológiás jelenségeket írja le. A Testmozgás Kódrendszer segítségével (Body Movement Coding System – Freedman, 1972) a kommunikatív gesztusokon kívül kiemelten az önérintéseket vizsgálják, hiszen az önérintések alapvetően az önszabályozó pszichés folyamatokat tükrözik. Ezek a kutatások kifejezetten a test megélésének szempontjából vitatják, hogy az önérítés tartalmú teststimuláció alkalmazható-e a testhatárok stabilizálására (Joraschky, 1983).

A testkép diagnosztikai kérdéseivel foglalkozó kutatások az utóbbi húsz év során tovább fejlődtek és finomodtak. Ez azt jelenti, hogy a testkép-diagnosztikát empirikus vizsgálatokkal támasztották alá, operacionalizálták (Wadepuhl és Wadepuhl, 1994) és nemcsak klinikai-egyetemi, hanem ambuláns területen, így pl. az oktatás területén szupervíziós összefüggésekben és a testpszichoterápiában is, ahol a gyakorlatban való alkalmazhatósága egyre komolyabb teret nyer.

4. ANALITIKUS TESTPSZICHOTERÁPIA A GYAKORLATBAN

4.1. A KUTATÁSBAN REJLŐ LEHETŐSÉGEK

A dolgozat célja az analitikus testpszichoterápia történeti keretben való és fenomenológiai elhelyezésén túl, hogy betekintést adjon az analitikus testpszichoterápia gyakorlatába.

Az értekezés ezzel a betekintéssel az irányzat gyakorlatában megjelenő terápiás alkalmazhatóságot kívánja bemutatni, amit a terápiás interakció komplexitásának bemutatásán keresztül próbálok ábrázolni, a cselekvési lehetőségek és az atmoszférikus minőségek követhetőségével együtt, különös tekintettel azokra a testkép-diagnosztikai tapasztalataimra, amelyeket a pszichotikus páciensek körében végzett vizsgálatok során szereztem.

Az értekezés tárgyát azonban nem képezi a testkép-szobor kifejezett elemzése, sokkal inkább a testpszichoterápiák történeti fejlődésében és a testképkutatásokban, valamint az analitikus testpszichoterápia egyéni terápiás alkalmazhatóságában rejlő lehetőségeinek a megfogalmazása.

Készültek feltáró jellegű vizsgálatok a testi megélés témakörében, pontosan a mimikára vonatkozóan, de a teljes test kódolására (ami képes lenne a testi mozgások részletes időbeli ábrázolására az izompotenciál változása alapján, a részt vevő izmok mozgásának és tartásának változását érintően), a legutóbbi ismeretek szerint még nem. Ezek a mérésekre támaszkodó eljárások természetükből adódóan ellentmondanak a jelenlegi kutatás tárgyának: az analitikus testpszichoterápia alapvetően az életmozzanatok vagy lelki rezdülések alakulásával foglalkozik, azaz a lelki tartalmak kialakulásának, folyamatos változásának és formálódásának folyamataival. Az analitikus testpszichoterápia (ATP) képviselői szerint minden olyan kísérlet, amely arra irányul, hogy az élő lényeket merev kategóriákba sorolja, a priori nem lehetséges. Az atmoszférikus minőségek egyszerű és nehezen megragadható hatással bírnak, ezért nehezen sorolhatóak a verbálisan közvetíthető kategóriákba. Az interszjektív élmény nonverbális technikával történő kifejezésére példa Lénárd Kata munkája, aki a korai interakciók interszjektív élményének megfogalmazódását vizsgálta projektív rajztesztek segítségével (Lénárd, Tényi, Simon, 2003). A kutatásnak éppen ezért megfelelő eszköze a kvalitatív módszer, ami klinikai perspektívában helyezi el a módszer terápiás alkalmazhatóságát.

Ebből a megfontolásból kerülnek bemutatásra a „mikropraktikák” az esetpéldákban, és ezt megelőzően a testkép témakörében egy átfogó jellegű önálló, de nem feltáró vizsgálat.

4.2. A TESTKÉP VIZSGÁLATA

A tapasztalatok alapján a testterápiák és testpszichoterápiák a szavakon túli, a test megéléséhez, a testélményhez köthető képzeteket tekintik a terápiás munka kiindulópontjának. Az analitikus testpszichoterápiákban jelenik meg maga a test, mint pszichés és fizikai valóság. Az analitikus testpszichoterápiák alapját képezi a testbe íródott múlt élettörténetbe való beépítése a legkorábbi életszakaszoktól kezdődően, és a testi tudattalan feltárása, beleértve a preverbális múlt emlékeihez társuló érzések és gondolatok megjelenítését. A test pszichoanalitikus megközelítése kivételes lehetőségeket kínál a testkép mélyebb megértéséhez és a saját testtel való bánásmódhoz, amelynek bemutatásához a klinikai perspektíván túl az egyéni terápiás keretek nyújtanak további lehetőséget.

4.2.1. A testkép pszichoanalitikus megközelítése

Abból kiindulva, hogy a test mibenléte leginkább a testkép formájában ragadható meg, ismert, hogy ez a kép, mint létünk tér-időbeli folytonosságát lehetővé tévő pszichés entitás, már az anyaméhben kezd kialakulni. Françoise Dolto (1987/1984) hívja fel a figyelmet arra, miszerint a testkép tudattalan dimenzióval is bír. Ez kapcsolódik Stern (Stern, 1992/1985) tételéhez, miszerint korai élményünk önmagunkról elsősorban testi jellegű, a bontakozó önérzékelés a test fiziológiájára épülő szelférzetben manifesztálódik.

A legarchaikusabb szelfélmények a preverbális tartományban a bőrfelület érintéséhez köthetők, a libidóval megszállt testfelület, vagy ahogy Anzieu nevezi, a „bőr-én” érintéses tapasztalások által konstituálódnak (Anzieu, 1991). A testkép pszichoanalitikus megközelítése szerint a személyiség képességei és az alapvető élménydimenziók a legkorábbi taktilis élményekből vezethetők le. Anzieu (1991) az anorexiás páciensei testi énéllapotait írta le, akik úgy bántak a testükkel, mintha az egy zsák lenne, mintha a kültakaró csak a többiekkel szembeni védelmet szolgálná, de a test belső üregei üresek lennének.

Ismert számunkra Lacan (1949) és Kohut (1977) munkáiból az is, hogy a test pszichés reprezentációjának kialakulásában az érintésen túl rendkívüli jelentőséggel bír a Másik tekintete. Lacan, úgy véli, hogy a minket körülvevő tekintetek fókuszába kerülven felismerjük azt, hogy a Másik számára képként létezőnk, és ezekből a képekből építjük fel önmagunk illúzióját. Kohut az anya tekintetének csillogásában keresi a kiegyensúlyozott személy önszeretetének a korai és egy életre szóló forrását, amely gondolat Winnicott (1962/2004) és Fonagy és Target (2006) elméleteiben is nyomon követhető az anya tekintetének a tükröző és érzelmmoduláló funkciójában. Wilhelm Reich (1945) szerint a szem körüli izomgyűrű az egyik kiemelt testfelület, amelyre archaikus érzések írják fel a történetüket.

Az analitikus testpszichoterápiák módszerei, mint például a testterápiákból ismert reichianus technikák, Stern (1992/1985) csecsemőkutatásaira alapozó elméletének keretében is konceptualizálhatók, mert ezek a módszerek a magselfet és a bontakozó szelférzet élménytartományát vonják be a pszichoterápiás munkákba. Stern munkái, amelyek az újszülött reális belső világát kutatják, megalapozottan válnak a vezető pszichoterápiás módszerek alapjává, és így a testi történések pszichoanalitikus terápiájában is joggal támaszkodhatunk rájuk. A magself és a protosself alkotja a testi én alapját a szelf további konstrukciójának feltételeként (Geißler, 2007). Mivel a testi én alapvetően a tudatos és a saját tapasztalatok legbazálisabb szintjét alkotja, azaz a saját tapasztalatok értékelésének referenciarendszerét, ezért szerkezetét a szülői referenciaszemély szabályozó aktivitásai befolyásolják. Ezek a jellemző interakciós tapasztalatok preverbálisan testi szinten emocionális reakciómintázatként jelennek meg, mint „érzelmi szokások”, azaz az interaktív módon kiváltott kondicionált és automatizált folyamatok szubsztrátumaként (Stern, 1992/1985).

Ezekhez az érzelmi szokásokhoz tartozik annak a lehetősége, hogy bizonyos affektusok elfojtásra kerülnek. Dornes (1993) vizsgálatából ismerjük, hogy egyéves bizonytalan-elkerülő gyermekek esetében a dühöt kiváltó helyzetekben a düh mimikailag nem volt bizonyítható, pedig az izgalmi minták egyértelműen ennek ellenkezőjét mutatták, azaz fokozott alapfeszültséget. Felmerülhet a kérdés, hogy a teljes testre vonatkozó kódolások a jövőben igazolhatják-e, hogy a várható és fiziológiai indirekt módon bizonyítható affektus nem-érzése, mint a dühé, nem rendelkezhet-e mégis bizonyos testi korrelátumokkal, jöllehet ez nem mimikai, hanem például egyes légzőizmok aktivitásában bekövetkező változás. Az eddigi vizsgálatok sok esetben a mimikára koncentráltak, és nem a teljes test kódolásaira, vélhetően az ezzel járó

technikai ráfordítások miatt. A testi tapasztalatok kiemelt szerepet kapnak a későbbi strukturális fejlődéssel kapcsolatban, mivel valamennyi tapasztalat, amelyet már csecsemőkorban vagy magzati állapotban gyűjtöttünk, és amit nem tudunk tudatosan expliciten előhívni vagy közölni, az egész test emlékezetében tárolódik.

Az analitikus testpszichoterápiával foglalkozó terapeuták éppen úgy bevonják a testi kifejezésmódban, szokásokban és szcénikus cselekvésben megjelenő testi mozzanatok a terápia folyamatába, mint a hagyományos pszichoanalitikus szetting verbális asszociációit. Ezáltal a test tárgy-irányultságú élményéből szubjektív testi megélés alakul. Ennek eredményeként a folyamat során még feltárhatóbbá válik a tudattalan pszichikai tér, és tovább mélyül az analitikus megértés, vagyis kibővíthetnek a pszichoterápiás beavatkozás keretei. Freud és Lacan egyaránt két egymást kiegészítő folyamathoz köti az ego alakulását, a primér nárcizmus fázisa illetve a tükörstádium során. Mindketten abból indulnak ki, hogy az én mindenekelőtt testi én (Freud 1923/1991). Fejlődéslélektani megfigyelések támasztják alá a lacani tükörstádium jelentőségét, melynek leírásához Lacan a gondolatokat Henri Wallontól merítette. Wallon a másik fantomjáról beszél, akit az egyén önmagában különít el, hogy azután képes legyen a személyén kívül létezőket valóságosként elképzelni (Wallon, 1971). A gyermek tükör előtti viselkedését megfigyelve jutott arra a következtetésre, hogy lényegében leírható a tükörstádium három szakasza, és ezzel együtt az imaginárius rend alapjai (Wallon, 1971).

A látott képpel való azonosulás megalapozza az ego kialakulását, így az identitás, az azonosság és a különbözőség fogalmait is. Látjuk tehát, hogy a testkép egy interszubjektív módon rekonstruálható entitás, azaz a saját test képe kezdettől fogva a korai interakciós mintákból és a másik testének identifikációjából, valamint a testi tapasztalatok formálódásából származik.

A Schilder-féle testkép koncepció a testi élmények analitikus megközelítésében egy átfogóbb elméletnek tekinthető (Schilder, 1935). Schilder a testképet konstrukciók és transzformációk folyamataként írja le, ahol az önérzékelés és a külvilág testen keresztüli érzékelése kölcsönhatásban áll egymással: a differenciáció és az integráció együttesen határozzák meg a testkép alakulását.

Tudjuk, hogy a testtel való kapcsolatunk ugyanakkor nemcsak kognitív, hanem emocionális jellegű is. Lelki életünk fejlődésének egyik inherens jellemzője, hogy folyamatosan változtatjuk képzeleteinket, és különféle módon tesszük láthatóvá őket,

ilyen módon megszámlálhatatlanul sok testképpel rendelkezünk, és ehhez a konstruktumhoz érzelmi folyamatok biztosítják az erőt és az irányítást.

Schilder megközelítése megerősíti a testkép alapvetően interszubjektív természetét, miszerint saját testképünk felépítése és fenntartása nem lehetséges társas közeg nélkül. Ezt a gondolatot megtaláljuk Dolto (1987/1984) elméletében is, amely szerint a testkép szubjektív fenomenális területeket ír le, azaz minden testvonatkozású elképzelést és érzést, melyek különböző mértékben tudatosulhatnak. Dolto szerint a testkép, mint struktúra emocionális tapasztalataink élő szintéziseként értelmezhető, ahol a testi élmények integrációja látszik tükröződni a személyiségfejlődés folyamatában, amíg végül egy megszilárdult identitás, mint testi én rajzolódik ki. A testélmények felszíni struktúrája a pozitív és a negatív tapasztalatok összességében tükröződik, melyekben a testi én egy interszubjektív konstrukciós és integrációs folyamat keretében fogalmazódik meg. Így a testkép mint a megélt traumák térképe jelenik meg előttünk. A testkép a szubjektum tudattalan szimbolikus megtestesítője, egy szavak nélküli reprezentáció, ahol az első testi és pszichés igények kapcsolati tapasztalatként fogalmazódnak meg és fejlődnek tovább. Dolto munkássága során hangsúlyozta a rajzolás és az agyagozás jelentőségét a felnőtt terápiákban. Szerinte az integrálódási folyamat hiányában a testi egészségesség és a testi élmények egysége sérül, ami a képi megjelenítéseknél különösen a fragmentált állapotokban fejeződik ki a testrészek hasításában, leválásában és szakadásában, vagy az arc maszkolásában, ahogy ezt a szkizofrén páciensek munkáiban, testábrázolásainak esetében láthatjuk. A testkép töredezettségében a sérült vitális affektusok mint implicit kapcsolati tudás tükrözik az énhatárok fellazult voltát. Ez azt jelenti, hogy a betegek az énhatáraikat szakadozottan élik meg, a saját énkép és a tárgykép elmosódottá válik. A prepszichotikus, pszichotikus vagy más identitásdiffúzióval bíró betegek esetében tehát alapvetően fenyegetett az én koherens megélése.

A testkép pszichoanalitikus megközelítéseiből kiindulva az a hipotézis fogalmazható meg, hogy a testkép-szobor teszt messzemenő segítséget adhat az éninTEGRITÁS és az énkONSTANCIA elemzésének tekintetében.

Ebből a megközelítésből és Dolto gyakorlatából – amelynek alanyai, mint láttuk, jórészt pszichotikus páciensek voltak –, relevánsnak gondolom a szkizofrén betegek testpszichoterápiájának bemutatását, ahogy azt a német testpszichoterápiás irányzat is képviseli.

4.3. A SZKIZOFRÉN MEGBETEGEDÉSEK TESTPSZICHOTERÁPIÁJA

A „szkizofréniák csoportjának” Bleuler (1911) által nozologikusan elhatárolt kórkép új definíciói óta a szkizofréni-fogalom tartalmi koncepciója terápiás-prognosztikus értelemben és az etiológia-modellek szempontjából is állandó változáson megy keresztül. Áttekintve a szkizofréni fogalmának újabb definícióit, megállapítható, hogy nem áll rendelkezésre a kórképek általános megegyezésen alapuló, végleges definíciója etiológiai szempontból.

A betegségek spektruma különböző altípusokat fog át: paranoid, kataton, hebefrén, saját testre vonatkozó szkizofréni, szkizofréni simplex és szkizofrén reziduum. Összességében az Egészségügyi Világszervezet DSM és BNO osztályozása heterogén pszichopatológiai képet ír le érzéki csalódásokkal, kényszeres szimptomákkal, énzavarokkal, affektus-zavarokkal, formális gondolkodási zavarokkal és pszichomotoros zavarokkal.

Multifaktoriális etiopatogenezisről van szó, ahol vitatott a központi idegrendszer genetikai okú vulnerabilitása, a különböző neuroanatómiai, illetve biokémiai abnormalitások; vagy további tényezők, mint a perinatális sérülések és pszichoszociális hatások. A pszichoanalitikus modell, illetve az énszichológia modellje feltételezi a premorbid (primér vagy szerzett) éngyengéséget primitív védekező mechanizmusokkal (projekció, hasítás, izoláció) az igen korai, „inkompatibilis” traumák esetében. Ez elégtelen énstrukturálódáshoz és ennek következtében ambivalencia-konfliktusokhoz vezet a szimbiotikus-fúziós összeolvadási vágyak és az intenzív elkülönülési tendenciák és gyilkos fantáziaképek között, amely jól ábrázolja a biológiai predispozíciótól a személyiség diszpozíciójáig vezető közvetítő folyamatot. Ciompi és Bernasconi gondolatainak kiindulópontja a szkizofrén zavarok lényegére és kezelésére vonatkozóan vulnerabilitás-modellekből indul, amelyet egy kórkép-modellé fejlesztettek tovább. Ebben kiemelik, hogy „[...] a szkizofrének a kombinált veleszületett és a szerzett tényezők alapján premorbid éngyengéségekben és sérülékenységekben szenvednek, amely különösen az emberi kapcsolatok területén kritikus terhelés alatt akut pszichotikus zavarokhoz vezethet” (Ciompi és Bernasconi, 1986, 172). A szkizofrén páciensekre általánosan jellemző a szegényes mimika, az emóciók hiánya, valamint a fékezett motórium és a meglazult realitásfunkció. A szintónia meglazulása vagy annak hiánya nyomán az átélés élményének az egysége bomlik fel, melynek következményeként a páciens nem képes a környezet állandó változásában a megfelelő átéléssel részt venni.

Ennek következményeként tapasztalható egy bizonyos távolodás az átélt helyzet és annak megélése között. A megnövekedett távolság érzése és a valóságérzék meglazulása következtében a páciens számára egyre inkább idegenné válik a külvilág, és ezzel a szorongás is fokozódik, ami vitális szorongássá alakulhat.

A kilencvenes években Mentzos integratív kiindulási pontot és egyben kezelési módszert fejlesztett ki a szkizofrénia, mint a központi idegrendszer „szomatopszichikus-pszichoszomatikus” megbetegedése tekintetében. A szkizofrénia, mint pszichikai betegség tekintetében Mentzos a komplex intrapszichés dinamikával foglalkozik, amely egyrészt „a primer zavar, sérülés és terhelés összjátékából, másrészt a pszichikai organizmus leküzdési, védekezési és kompenzációs mechanizmusából keletkezik” (Mentzos, 1992, 10). Mentzos ennek során annyiban meghaladja a primer elementáris alapzavar és a szekunder-reaktív alkalmazkodási zavar szétválasztásának a pszichiátriai szakirodalomban már elterjedt tanát, hogy elismeri az alapzavarok és a járulékos tünetek primer pszichogenetikai etiológiájának lehetőségét. Az ilyen pszichotikus fejlődés intrapszichés háttere Mentzosnál és más pszichoanalitikus szerzőknél a gyengén kifejlődött én- és tárgy-reprezentáció.

A pszichózist ezzel szemben az én megbetegedésének tekintve kiemelhetjük, hogy megjelenik a csökkent kohézió, az énhatárok elmosódottsága, valamint az én és a nem-én megkülönböztetésének hiánya, ami magával vonja az ennek az állapotnak megfelelő védekezési és kompenzációs mechanizmusokat. Az elhárító mechanizmusok hangsúlyozása mellett Mentzos a primer deficites gondolati sémával szemben foglal állást, ami a defektusokat, „az én-funkciók hiányát” állítja a vizsgálat középpontjába, és szintén hangsúlyozza a pszichoszociális feltételek jelentőségét a pszichózis kiváltása szempontjából, pl. a tárgyvesztéssel összefüggésben. Következtetése, hogy „ez a klinikai megfigyelés közel áll ahhoz a feltételezéshez, hogy a megállapítható pszichotikus zavarok nem a túlterhelt és ezért deficites énfunkciók kitörései, diszfunkciói, hanem (a neurotikus szimptóma-kialakulás helyzetével analóg módon, bár jelentősen alacsonyabb szervezeti szinten) a primitív védekezési mechanizmusok megjelenési formái” (Mentzos, 1992, 33-34). A test ennek során a psziché és a szoma az embert leginkább jellemző találkozási pontjává válik. Ebben az értelemben a testpercepcióra épülő és az én megélésére vonatkozó differenciált vizsgálatok hozzájárulhatnak a beteg pszichoszomatikus, illetve test-lélek egységével foglalkozó kezelési eljárások hatékonyságához.

Scharfetter és Benedetti (1978) sokat idézett „*A szkizofrén énzavarok testorientált terápiája*” című munkájukban az éntudathoz orientálódó pszichopatológiai képből kiindulva kidolgozták a test pszichoterápiái gyakorlatba való bevonásának elméletét. Ennek során megfogalmazták, hogy a szkizofrén teljes létében beteg. Az emberi test is meghatározza az interakciós lényegét: a test az ember befogadási és cselekvési lehetőségeinek gyűjtőhelye. A kezelés szempontjából ez a következőt jelenti: a testet is be kell vonni a terápiás kezelésbe (Scharfetter és Benedetti, 1978). A szerzők a terápiás beavatkozásra vonatkozó konkrét javaslataikban közvetlenül a pszichopatológiára támaszkodnak. Az általuk kidolgozott testorientált terápia a pszichopatológiából vezethető le, az érintett személy megéléséből indul ki, és annak szimptomáiból szerez utalást az eljárásra vonatkozóan. Példaként hozzák a hiperventilláló páciens, aki vissza szeretné nyerni vitalitását, vagy azt a páciens, aki saját magának okoz bőrsérüléseket, hogy képes legyen jobban érezni. Itt kínálkozik a lehetőség, hogy együtt lélegezzünk a pácienssel, illetve a testi viszontáttétel alternatíváit gyakoroljuk (pl. a saját ritmus szerinti járást, illetve a testperiféria uralását egyes észlelési gyakorlatok által).

Trudi Schoop (fentebb említve) az 1950-es évek végén az USA-ban táncterapeutaként szkizofrén páciensek akut szimptomáinak testkép ábrázolásával foglalkozott, szintén tárgyalta a szkizofrén páciensek tévképzeteit csakúgy, mint a „produktív szimptomatikát kísérő módszert. „Véleményem szerint a szellemileg sérült fantáziájának elnyomása helyett, kis ideig együtt kell repülnünk vele és segítenünk kell biztos landolását a földön. Ha fantáziájának alakot ad, egy olyan művet hoz létre, amely egyesíti a fantáziát és a valóságot” (Schoop, 1981, 122).

A pszichózisok testorientált pszichoterápiájával való foglalkozás valamilyen módon kapcsolódik a pszichózisok pszichoterápiájának történetéhez. Erről részletes áttekintést ad Hutterer-Krisch (1994). Az 1950-es és 1960-as években Angliában és az Amerikai Egyesült Államokban számos, a szkizofrénia pszichodinamikus pszichoterápiájának hatékonyságával foglalkozó tanulmány okozott csalódást, így a tankönyvekben ezt a kezelési módot idővel elavultnak tekintették. Bleuler, Jung és Abraham hatására Svájcban ennek ellenére megtörtént a pszichózis pszichodinamikus orientáltságú klinikai és tudományos újratárgyalása (Müller, 1991). Az ebből eredő fontos elméleti és gyakorlati impulzusok – pl. Benedetti és Scharfetter – máig hatással vannak a szkizofrén megbetegedések kezelésében. A pszichózisterápia modern pszichodinamikus modelljét végül Mentzos (1992) alkotta meg, amely a pszichózisok terápiájában alapműnek tekinthető. Ennek ellenére a pszichózisok mélypszichológiai

pszichoterápiája nem utolsósorban az antipszichotikumok ezzel összefüggő elterjedésének hatására jelentőségét veszítette, és a magatartásterápiás, valamint családdinamikus módszerek léptek előtérbe. Ma az antipszichotikus kezelések képezik a szkizofrén páciensek terápiájának az alapját. A kilencvenes évekig a rendelkezésre álló antipszichotikus gyógyszerekkel leginkább a pozitív tünetekre hatottak, kevésbé a negatívakra. Az antipszichotikumok új generációja mind a pozitív, mind a negatív tüneteket kezdte kezelni a fokozott mellékhatás (cukorbetegség, elhízás, magas vérnyomás) kockázata mellett, ami a páciensek fokozott kontrollját erősítette. Az utóbbi évtizedekben egyéni és csoportos terápiás keretek között a kognitív terápia kínált nagyobb lehetőséget arra, hogy megtanulják a páciensek a zavaró és negatív érzések és gondolatok viselését, hogy képesek legyenek változtatni a negatív gondolatok áramlásán. Családtérapiás keretek között valószínűsíthetően javultak a tünetek, ha a hozzátartozók megismerhették és megértették a páciens helyzetét, hogy mely élethelyzetek váltanak ki nála állapotromlást. Pszichoterápiás szempontok alapján elérhető célként fogalmazódott meg a reintegráció elősegítése, hogy a társas kapcsolatok megfelelő színvonalon legyenek a számukra megélhetőek, javítva ezzel az életvezetési készségek fejlődését és a személyiség strukturáltságának nívóját. Fejlesztés szempontjából a pszichomotorium, a megismerő funkció és a motiváció fejlesztése vált fontossá.

A téma áttekintése azzal a gondolattal zárható, hogy a szkizofrén páciensek pszichoterápiájának legmegfelelőbb alapjaként a hosszú távú és megbízható terápiás kapcsolat tekinthető, ami időközben a pszichoterápia hatékonyságával foglalkozó kutatások eredményeként empirikusan is követhetővé vált.

4.3.1. A szkizofrén páciensek „testre szabott” kezelése

A heterogén szkizofrén betegségek egyéni terápiastratégiákkal történő kezelése kezd elterjedni a kezelési javaslatok és a pszichológiai-pszichoterápiás intervenciók körében. A „testre szabott” terápiás koncepciók segítségével a páciensek olyan stratégiákat sajátíthatnak el, amelyek által sikeresen áthidalhatják az interperszonális űröket, ahol eddig egyedül a test által közvetített üzenetek révén tudták önmagukat kifejezni.

A klinikai kezelés során eddig elhanyagolták a szkizofrén betegek testorientált pszichopatológiai jelenségeit úgy a diagnosztika, mint a terápia szempontjából. A páciens testélménye legtöbbször csak marginálisan szerepel a terápiás koncepcióban,

általában nem specifikusan strukturált sport- és aktivitási javaslatokkal. Ehhez járulnak továbbá a testélmény szempontjából a gyakran jelentős további terhelések, amelyeket az antipszichotikumokkal történő kezelés okoz. Ezt a hatást a terápia kezdetén és tervezésekor a testélmény analitikus vizsgálatánál feltétlenül figyelembe kell venni. Példaként utalhatunk Windgassen (1989) és Trenckmann (1990) vizsgálataira, akik az antipszichotikumok hatásainak és mellékhatásainak szubjektív megélését tárgyalták. Mindkét tanulmány arra az eredményre jut, hogy a szkizofrén betegek ezeket az anyagokat – bár túlnyomórészt elfogadják – kínzó hatásúnak és megterhelően élik meg.

Trenckmann a szkizofrén beteg testi konzisztenciájának töredezettségét vizsgálja „a test önállóságának megélése által kiváltott fenyegetés vonatkozásában, ahogy az a korai diszkinezia fellépésekor látható” (Trenckmann, 1990, 185).

Fentebb láthattuk, hogy a gyógyszeres, antipszichotikus kezelés szükségessége a további pszichoterápiás intézkedések alapjának megteremtése érdekében a jelenleg rendelkezésre álló tapasztalatok alapján a szkizofrénia kezelésének szunderdje. Az egyéni testélmény figyelembevétele azonban az anyagok differenciáldiagnosztikai kiválasztásakor és adagolásakor a leírtak alapján ésszerű javaslatnak tűnik. Ezzel elkerülhető, amit Scharfetter (1998) ír „az anyagok primátusára” vonatkozóan a biológiai pszichiátrián belül: „a pszichés beteg teste ennek során a gyógyszerek pusztá applikációs helyévé válik” (Scharfetter 1998, 25). Naber ezzel összefüggésben az „atipikus antipszichotikumok” fokozott használatát javasolja (Naber, 1998, 51-54). Nyilvánvalóan további kutatások szükségesek annak érdekében, hogy meg lehessen állapítani a potenciális összefüggéseket a testélmény és ezeknek az anyagoknak a hatása, illetve mellékhatása között.

A szkizofrén betegek esetében a testterápiás gyakorlat tartalmilag legtöbbször – függetlenül az alkalmazott módszertől – szorosan követi az én megbetegedésének koncepcióját (Mentzos, 1992; Scharfetter, 1995a,b; 1999), különös tekintettel a testézés zavaraira és a deficites „testi énré”, valamint az én és a test disszociációjára vonatkozóan, mivel a saját testhez kapcsolódó nem biztonságos kötődés fokozott feszültséget vagy dezorganizációt vált ki a testi megélést illetően.

4.3.1.1. A nem specifikus testéret-zavarokban megjelenő testi hallucinációk mozgásos gyakorlatai

Az itt bemutatandó testi gyakorlatok Röhrich és Priebe (1998) terápiás tapasztalatai, valamint saját tapasztalatok alapján összegyűjtött gyakorlatok.

- Észlelési gyakorlatok a tükörben külső visszajelzéssel és összehasonlító tapasztalattal (pl. a testfelület végigtapogatása összehasonlítva a természetes anyagokkal), mialatt reális ellensúly keletkezhet az abnormális testélmények dominanciájával szemben.
- A hallucináció élmény tánc formájában is ábrázolható, és ezen a módon konkretizálható (a keletkező alakok tükörben is szemlélhetőek, így elvesztik befolyásukat).
- Mozgásgyakorlatok, amelyek a páciens, mint aktív alanyt jelenítik meg, aki a mozgást, illetve testi szenzációt maga okozza a testéret zavarainak ellensúlyaként, amelyek 'kívülről' szemlélve válnak átélhetővé. A páciens a terapeuta által megadott mozgásokat hajt végre, amelyeket verbális én/te kommentárok kísérnek az én/nem-én aktivitás megkülönböztetésére.
- A saját test részeinek és a belső mozgási lehetőségek újra felismerésének gyakorlása, (pl. a testrészek megnevezése és megmutatása, valamint a terapeuta egyszerű viselkedésének, illetve mozgásszekvenciáinak utánzása által).
- Észlelési gyakorlatok, amelyek a szomatoszenzoros információfeldolgozás szisztematikus kezelését szolgálják. A páciens az általa világosan azonosítható ingerekkel abba a helyzetbe hozzuk az egyensúly-gyakorlatokkal, hogy kapcsolatba léphessen az ingerválaszokkal.

4.3.1.2. Testterápiás gyakorlatok a testséma elhanyagolásával összefüggésben

A szkizofrén öncsonkítás a korlátolt éniendititás rekonstrukciós kísérletének tűnik. A páciens lemond néhány periférikus test-szektorról, amelyeket képtelen az énbe integrálni, így csak a nemlét elfogadása által a szomatikus szinten lehetséges a – korlátozott – továbbélés. „Ezek a páciensek tagadják a saját test létét és egyidejűleg az új testséma reprezentáció által visszamaradt, *kimerült éniendititást* hoznak létre.

A negatív lét érzetét, amely a teljes én birtokbavételével fenyeget, elnyeli a test” (Benedetti, 1983, 88-89). Az újabb evészavartípusok között a multiimpulzív anorexia és bulimia hátterében az impulzuskontroll zavarok fedezhetők fel. Az impulzuskontroll zavarai az érzelmileg labilis (borderline) személyiségzavar talaján léphetnek fel, magukban foglalva többek között az önsebzés és az öngyilkossági kísérletek előfordulását (Túry és Szabó, 2000). Ennek kapcsán említés tehető a bizarr testképzavarokról, amelyek esetében olyan testi identitászavarról van szó, amely alapvetően a testintegritás identitásának a zavara. Ebben az esetben a páciens úgy érzi, hogy az egyébként egészséges testrésze nem tartozik a testéhez.

- A terápiában először a biztos állóképesség alapjának kidolgozása áll az előtérben: a „grounding” fogalom alá tartozó testi intervenció és gyakorlat, amelyek a lábak, mint biztos alapok észlelését segítik. Ezáltal a súlypont lefelé tolódik, és a testérzet saját lábakon állva megerősödik a gravitációs erőhöz, azaz a test súlyához és tömegéhez igazodva.
- Ennek a gyakorlatnak közvetlen hatása van a valóság érzékelésére és a testséma kiterjesztésére a test perifériájára.
- A testfelület önstimulációjával kapcsolatos gyakorlatok során a testhatár és a testi tér szisztematikusan explorálódik.
- Nyújtó és lazító gyakorlatok oldalsó és vertikális irányban, azaz az általános térbeli kritériumok mentén, egyúttal reflektálás a külső tárgyakra, ahol a tánc segíti leginkább a térbeli koordinációt.

4.3.1.3. Terápiás lehetőségek a testképzavarok körében

A következő részben áttekintem a terápiás gyakorlatok nyújtotta lehetőségeket, amelyek mind ismeretelméleti megalapozottsággal bírnak. Nem véletlen tehát, hogy itt elmélet és gyakorlat szinte szétválaszthatatlanul együtt jelenik meg, hiszen az elméleti héttérből emelkednek ki a konkrét gyakorlati terápiás lépések.

Modellezés testkép-szobrokkal agyagból: ez a munka a pszichotikus páciensek számára lehetővé teszi, hogy pszichotikus belső világukat materializálják, és élményeikkel reális kapcsolatba kerüljenek. Élményekre rákérdezzenek, és korrigálják azokat szoros kapcsolatban az egyidejűleg végzett testi önexplorációs gyakorlattal.

Az én reflektáltsága a testre a testérzéketi önészlelés, a testnek az énbe való felvétele formájában, amit Merleau-Ponty a testi inkarnáció fogalmával ábrázolt, a szkizofrén pszichózisban súlyosan sérült. Itt közvetlenül jelenik meg a világra történő zavart reflektálás, hiszen a test a megragadható világ immanens képviselője.

Scharfetter 1995-ben a berlini szimpóziumon a testre vonatkozó tünettan kiterjedését és különleges drámaiságát vázolta fel a szkizofrénia esetében: „Lehet-e egy ember hazátlanabb annál, ha a saját testében sem érzi már magát otthon?”

A pszichotikus páciensek kezelésében a nonverbális testorientált módszerek alkalmazása mellett szól, hogy a szkizofrén betegek gyakran szenvednek kognitív zavarban, és/vagy egyáltalán nem képesek nyelvi szimbolizációra.

Röhricht és munkatársa rendszereztek tágabb értelemben a szkizofrénia testélmény zavarainak pszichopatológiai jelenségeit (Röhricht és Priebe, 1998), amelyek a ma ismert intervenciók lényeges referenciakeretét adják. Áttekintésükben a testélmény zavarai és az énpeszichopatológiai jelenségek szoros összefüggését sikerült terápiás úton követni. Röhricht és Priebe a testélmény különböző aspektusait már korábban vizsgálták a szkizofrén alapszimptomák összefüggésében a pszichopatológia eszköztárának bevonása által (Scharfetter, 1995b). Ennek során statisztikailag azonosítható volt a paranoid szkizofrének egy csoportja, akiknek fő megkülönböztető jele a többi beteggel szemben az éntudat szignifikánsan kiterjedt zavara volt (Scharfetter szerint öt bazális éndimenziót, ezek közül különösen az éndemarkációt, az énvitalitást és az énidetitást érintve).

A Scharfetter (1981) által kidolgozott és időközben empirikusan igazolt rendszerben különböző pszichopatológiai szimptomák foglalhatók össze. Az éntudat öt bazális dimenziójának – énvitalitás, énaktivitás, énkonzisztencia, éndemarkáció és énidetitás – koncepcióját explicit módon a testélményre vonatkoztatja, amikor megállapítja, hogy az én és a testélmény összetartoznak, illetve a testet az éntudat materializált megjelenésének nevezi. A filozófiai antropológiára hivatkozva megállapítja, hogyan működik a test 'referencia-pontként' a megtapasztaló alany számára. Scharfetter – az éntudat egyes dimenzióira hivatkozva – leírja továbbá a légzés vitális elementáris folyamatát, a kezekkel és lábakkal végzett munkát, tehát azokkal a testrészekkel, amelyek érintéses kapcsolatot vesznek fel a külvilággal, valamint kiemeli az interakcióban megjelenő elhatárolódási és aktivitási gyakorlatok jelentőségét. Scharfetternél és a koncentratív mozgásterápiában, valamint a funkcionális ellazulásban is különböző tárgyakat használnak fel (labdák, rudak, kötelek, matracok, takarók, kövek

és egyéb természetes anyagok). Ezek a kiegészítő eszközök jelző, tájékozódási és áttételi eszközként, valamint az érzelmi kifejezés és észlelési gyakorlatok eszközeként működnek. Scharfetter munkáiban hangsúlyozza, hogy a saját testi én észlelése a testorientált pszichoterápia egyik jelentős súlypontja a szkizofrén páciensek esetében. Mindezek alapján jól látható, hogy a már korábban idézett mű (Scharfetter és Benedetti, 1978) is arra utal, hogy lefektették a pszichopatológia felé irányuló testorientált pszichoterápia alapjait.

Az énvitalitást segítő gyakorlatok

Az énvitalitást a testritmus hangsúlyozásával alkalmazzák (ütés, lépés stb.). Itt meg kell említeni a pulzáció és a testmeleg észlelésének a jelentőségét is. A masszázs, zuhanyozás és különösen a fürdő alkalmazása nem csupán célzottan testterápiásan használható (pl. Pankow, 1962), hanem az antipszichotikumok megjelenése előtt széles körben alkalmazták a pszichiátriában. Az énvitalitás szempontjából alapvető jelentőségű továbbá a légzésritmussal végzett munka és az ezzel összefüggő hangkifejezés. Dietrich (1995) Fenichelhez szorosan kapcsolódva megállapítja a respiratorikus funkció és a szaglás jelentőségét az énstruktúra kiépítésére vonatkozóan. Itt kiemelendő az újszülött első lélegzetvétele és a légzéssel összefüggő szagfelismerés, mint az újszülött első önálló vitális benyomásai.

Az énaktivitást támogató gyakorlatok

Az énaktivitás terápiájában hangsúlyozottan kap figyelmet a célzott mozgás, amelyben az aktuális cselekvés utánzásával és verbalizációjával megállapítható az alany tárgytól való megkülönböztetése. A tárgyak mozgatása, amelyek láthatóan és/vagy érezhetően impulzust adnak, valamint a saját hang testben tapasztalt rezonanciája, pl. a kéz ráhelyezése a mellkasra (neoreichiánus gyakorlatok, szomatoanalízis, pl. az EEPSSA – École Européenne Psychotherapie Socio et Somato Analytique – műhelyek gyakorlatai további lehetőségek hasonló hatás kifejtésére).

A saját mozgási impulzusok felfedezése és támogatása, illetve az „utánzás”, amelynek során a csoport valamennyi tagja az egyik páciens által mutatott mozgást utánozza, találkozik a passzivitás jelenségével és az én aktivitási zavarával. Erre kifejezett példa az osztályos pszichotikus csoportban gyakran alkalmazott „tükörjáték”.

Az énkonzisztencia megélését facilitáló gyakorlatok

A koherenciazavarok testterápiásan teljes testmozgásokkal dolgozhatók fel. Ennek során az integráltan működő test megtapasztalását alkalmazzuk tapasztalati középpontként, amelyhez az énmegélés igazodhat (pl. egyensúly-gyakorlatok, vagy homokzsák/babzsák egyensúlyozása a fejen járás közben, vagy a testsúly egyensúlyozása). Különösen alkalmasak a táncterápiás intervenciók, mert a koordináció és a mozgásfolyam áll az aktivitás középpontjában.

Hasznos továbbá egy alak vagy egy szobor utánzása a teljesség megtapasztalásának újra alakításában. Amennyiben a testi megtapasztalás töredezettsége a koherenciazavar következménye, ahol gyakran találkoznak a testrészek izoláltságának vagy elválasztottságának érzetével, akkor ez a szimptóma kezelhető táncterápiával, valamint olyan gyakorlatokkal, amelyek a hajlékony kapcsolatok megtapasztalását hangsúlyozzák. Rosenberg (1989) a „házalapként” említett lehetőséget írja le a töredékesség kezelésére. Ennek során az érintett páciens egy házalapot képzel el, és megpróbálja a „problémás helyeket” azonosítani, amelyek analóg módon, a test szintjén javíthatók ki (Rosenberg, 1989). Az énkonzisztencia továbbra is stimulálható a test teljes felületének lefedésével (egy takaróval vagy könnyű súlyokkal). További lehetőségként szolgálnak azok az integrációs gyakorlatok, amelyek megfelelnek a test saját ritmusának, mint pl. a légzési gyakorlatok és a reflektálás a zene strukturális kompozíciójára (aktív és passzív zeneterápia), valamint a reális testkép helyreállítása testkép-rajzok és hasonló önkifejezési technikák segítségével.

A verbális intervenciók, mint kísérő intervenciók (sokszor a testi történések egyszerű megnevezése) további kiegészítő strukturális lehetőségekként szolgálnak az énkonzisztencia helyreállításában.

Az éndemarkáció és az énidentitás gyakorlatai

A test nem kielégítő uralását a terápiás folyamatban a testre való fokozott odafigyeléssel lehet kezelni. Ez lényegében a test megtapasztalására vonatkozó gyakorlatokat tartalmaz, különösen a testbőrt érintő szenzoros ingerekkel és mozgáslehetőségekkel a test énhatárainak megerősítésére.

A test részeinek, mint az énhez tartozó részeknek újrafelismerése rekonstruálható egyszerű megnevezéssel a tapintás, valamint a tükörképpel való vizuális konfrontáció által.

A szkizofrénia testpszichoterápiájának leglényegesebb alapelve az én-rekonstruáló kezeléseken alapszik a saját testtel történő kapcsolatfelvétel példáján, ami egy következő lépésben a realitáskontrollnak és a világgal való kapcsolatfelvételnek a médiuma lehet. A testélményre történő reflektálás az újraszerveződés és a destabilizáció között helyezkedik el, mert a test a perceptív és affektív megélés helyszínéeként nem csak a világra való reflektálás alapja, hanem gyakran a konfliktusos, illetve traumatikus történések helyszíne is. Számos szkizofrén beteg szenved ambivalens konfliktusoktól a kapcsolatfelvételre vonatkozóan, ami a testi megközelítés során nagy jelentőséggel bír.

4.3.2. A testtudati munka énkonstruáló szerepe a szkizofrén páciensek analitikus testpszichoterápiájában

A testtudati munka stratégiája alapvetően a tükröző vagy a kísérő együttmozgás elvein alapszik, azaz a páciens cselekvésének és mozgásának közvetlen és kreatív kísérése áll az előtérben. A kezelés elején általánosan a testpercepcióra vonatkozó gyakorlatok képezik a súlypontot, ahol elsősorban a határok észlelését javító és a hajlékony kapcsolódásokra, illetve az áttételre vonatkozó munka kap megfelelő hangsúlyt, hogy erősítsük a belső koherencia tapasztalatát. Ennek során különböző átmeneti tárgyakat használunk, amelyek csökkentik a szorongást és közvetítő funkciójuk is van. „Az agyaggal való kapcsolat során, annak formálása és megváltoztatása által az ember is fejlődik és a tárgyban képpé váló alakot fedez fel. [...] A tárgyakkal történő párbeszéd és kommunikáció során megtanuljuk az észlelést. [...] A dolgok érzékszervi kezelése azt az értéket testesíti meg, amelyet magunknak is adunk. Az énérték érzékleti képpé válik” (Gräff, 1989, 91).

A szkizofrén betegek testkép-disszociációinak vagy töréseinek nevezett testi én struktúráit Gisella Pankow (1962) modellezéssel, leginkább rajzolással ábrázolja, míg Joraschky testkép-szobor technikával diagnosztikus és terápiás úton (Arnim, Joraschky, Lausberg, 2007). A páciens és a terapeuta között keletkező specifikus „áttételi konfigurációra” és az ebből levezethető terápiás implikációkra a pszichoanalitikus szemlélettel rendelkező német testpszichoterapeuták közül többen is rámutatnak. Az ilyen módon javuló önreflexió alapján elkezdhető például a „Grounding” (alapozás) segítségével a biztosabb kapcsolódás a világhoz (tartás/támogatás dimenzióiban). A légzést hangsúlyozó szekvenciák segítik a vitalitást, ilyen például a tükör- és testképekkel végzett munka, ami szintén javítja a világhoz való biztosabb kapcsolódást. Krietsch és Heuer koncentrált mozgásterápiájában példaként említve alapelveként fogalmazódik meg, hogy nem szimbolikus tartalmakkal, hanem a valós testtel és a valós környezettel dolgoznak a terápiás gyakorlatban. Ez egy kiinduló alap ahhoz, hogy a betegben kialakuljon az érzés, hogy egy különálló és önálló egységben létezik, aktivitással bír, és kapcsolatba kerülhet másokkal (Krietsch és Heuer, 1997).

Itt a terápiás hatékonyságában ide illeszkedő az ismert és már korábban említett példa, a pszichotikusok csoportjában alkalmazott „tükör gyakorlat” játszik fontos szerepet.

Pankow egy másik jelentős terápiás elvet ír le: „Ha a testképből indulunk ki, akkor megpróbáljuk megragadni, hogy él a beteg a saját testében. Az emberi kapcsolatok és konfliktusok átvizsgálásának akkor van értelme, ha a pszichotikus páciens a saját testében annak határait megtartva képes élni” (Pankow, 1962, 460). Valamint hangsúlyozza, hogy a terápia során a beteg képessé válik arra, hogy a test gyógyult tereiből visszataláljon az emberi lét történetiségéhez és konfliktusmegoldásához.

4.4. A TESTKÉP-SZOBOR TESZTTEL SZERZETT TAPASZTALATOK PSZICHOTIKUS PÁCIENSEKKEL

4.4.1. A testkép-szobor teszt, mint adjuváns terápiás eszköz alkalmazása

A testkép-szobor teszt egy háromdimenziós projektív eljárás, amely által a testkép teljesebb módon fejezhető ki, mint a testrajzok alkalmazásában. A tesztet Gerda Alexander (1908–1994) eutónia tanár alkalmazta először az 1970-es évek végén, és azóta több mint húsz éve használják osztályos és ambuláns ellátás keretein belül német nyelvterületen, mint ideografikus intraindividuális klinikai eszközt. A teszt terápiás és egyben kutatási célú alkalmazhatóságát kívánja szolgálni az a – részben fordításon, részben átszerkesztésen alapuló – testkép-szobor jelölési példa, amelyet a 2. Mellékletben mutatok be.

A Wadepuhl által kifejlesztett eszköz lehetővé teszi a testkép strukturális elemzését, valamint egyidejűleg a kvantitatív és kvalitatív módon interpretatív módszerekkel történő kombinációt (Wadepuhl és Wadepuhl, 1994). Alexander eredetileg arra kérte a tesztalanyokat, hogy csukott szemmel formázzák meg önmagukat, és csak a teszt későbbi felhasználói tértek át az emberi alak formálására. Klinikai vizsgálatok (Schubert, 2009) a terápiás folyamatba beillesztve diagnosztikai céllal segítették a testkép-szobor teszt rutinszerű alkalmazását. A testkép-szobor teszt alkalmazásában központi jelentőséggel bír a megformált testkép-szobor utólagos megbeszélése, mint narratív elem – az „észlelt és érzékelt” saját nyelven történő megfogalmazása – emelkedik be a terápia folyamatába. A teszt megalkotói abból az alapfeltevésekből indultak ki, hogy a testképen lenyomatok formájában őrződött interakciók a szobor megformálásával kifejeződhetnek, és ezek a tapasztalatok egy problémaorientált interjúban a formázást követően a másodlagos nyelvi szimbolizációs folyamatokra támaszkodva megbeszélhetőek. Magam is használom ezt a módszert, ezért a

következőkben szeretném saját fotóimmal illusztrálni, milyen szobok születnek. (Lásd 3–10. képek.)



3. kép
28 éves, diabéteszes férfibeteg testkép-szobra

A teszt alkalmazásában a felhasználók két jelentős szempontot emeltek ki: a teszt háromdimenziós jellegét és a vizuális kontroll kiiktatását. A háromdimenziós jelleg a mozgathatóság és a testtartás részletes megtárgyalásával a testrajzokhoz képest kiszélesíti a testkép vizsgálatának a lehetőségeit. A páciens a kezébe veheti, elforgathatja, közelebről tanulmányozhatja a szobrot, lehetővé téve ezzel például, hogy a testrészek egymáshoz való viszonyairól pontosabb információt adjon. A vizuális kontroll kiiktatása a procedurális emlékezet hozzáférését teszi lehetővé. Azzal, hogy a páciens csukott szemmel formál, egy projektív tér nyílik meg az alkotás folyamatában (Küchenhoff és Agarwalla, 2012). Azzal összefüggésben, hogy a megformált kép az „itt és most”-ra vonatkozó testképet vagy egy korábbi, a testemlékezetben tárolt képet tartalmazza, a különböző testállapotok regresszió szintjeinek megélésétől függ. A testkép-szobor teszt alkalmazásában nem a priori jelentőségű a páciens saját testének megformálása, sokkal inkább, hogy milyen interakcionális jelentéssel bíró kontextusra akar utalni a testkép-szobor által. Ez a jelentés az alkotás folyamatával és az alkotást követő interjú kiegészítő információival együtt válik értelmezhetővé. Ennek során lesz a megélt élmény tematizáltan hozzáférhető a szoboralkotás folyamatában. A szobor kérdőívvel és kiértékeléssel történő tematizálása az alapvető dinamika részletes kibontását és elemzését szolgálja. Az értékelés olyan szempontok elemzése mentén történik, mint az anyaghasználatban megjelenő aránytalanság vagy a testtartásban

megjelenő sajátosságok és jellegzetességek, amelyek segítik a személyiségstruktúra megfogalmazását, ezzel támogatva a terápiában való haladást.

A testélmény szubjektív dimenzióinak megismeréséhez vezető út a pszichoanalitikusan orientált első interjúval kezdődik, amely kiegészíthető a nonverbális testorientált adatszerző intervenciókkal. A test és az emóciók kapcsolatának vizsgálatában az affektusok megélésének kerülése, az alexitímia és a hiányos szimbolizációs kompetencia alaptémák, ezért a testi epizódok adatainak megszerzésében lényeges, hogy ne csak a traumatikus sérülésekre összpontosítsunk, hanem azokra a testi vonatkozású pozitív élménytartalmú epizódokra is, mint viszonyítási pontokra, amelyek a „testélmények térképére” a pozitív testélmény emléknymaként jelölődnek.

Először Richard Meyer iskoláján (EEPSSA – École Européenne Psychotherapie Socio et Somato Analytique) keresztül ismerkedtem meg a testpszichoterápiás módszerrel, valamint a testkép-szobor alkotásával. Később Peter Geißler módszerének, az analitikus testpszichoterápiás módszernek a mélyebb megismerése során találkoztam újra a testkép-szobor teszttel (Fehér, 2011).

Magánpraxis keretén belül folytattam testkép-szobor vizsgálatot tíz-tizenkét fő betegcsoportokkal, valamint egyéni terápiás keretek között vettem fel testkép-szobor tesztet, amelynek terápiás tapasztalatait a későbbiekben két esetpéldán keresztül mutatom be.

Ambuláns betegellátás keretében az egyéni pszichoterápia folyamatában több mint négy éve alkalmazom a testkép-szobor tesztet. 2008 és 2011 között a budapesti Szent János Kórház TÁMASZ Addiktológiai Gondozó és Pszichiátriai Szakrendelőben valamint a Pesthidegkúti Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályon heti rendszerességgel, szomato-pszichoterápiás szemlélettel vezetünk kolléganőmmel csoportot az osztályon fekvő betegek számára.

A testképvizsgálatban – amely a jelen dolgozatban nem diagnosztikai, hanem terápiás célt szolgál – összesen 105 fő vett részt, akiknek testkép-szobor vizsgálati anyagát az 1. Melléklet 1. és 2. táblázatában összegeztem. A dolgozatnak nem célja a szobrok jellegzetességeinek statisztikai elemzése, hanem azok terápiás alkalmazhatósága érdekes. Az osztályon vezetett csoport létszáma változó, általában tizenkét, tizenöt fő volt. A csoport gerincét a szkizofrén betegek adták, valamint kisebb részben különböző, túlnyomóan borderline személyiségzavarokkal küzdők és alkoholbetegek alkották.

4.4.2. A vizsgálati helyzetben alkalmazott instrukció

„Kérem, csukott szemmel formázzon egy emberi alakot. Erre annyi ideje van, amennyi szükséges, hogy nyugodtan dolgozhasson.

Szabadon dönthet arról, hogy álló, ülő vagy fekvő alakot formál. Ha nem elegendő a rendelkezésére álló agyag, kaphat még belőle. Abban az esetben, ha nem használja fel az összes agyagot, ami a kezében van, akkor hagyhat maradékot.

Ha úgy érzi, kész van a figurája, akkor még ne nyissa ki a szemét. Előbb képzelje el, hogy néz ki a figura, mert ezután különbséget szeretnénk tenni az elképzelése és a valódi figura között.”

Tapasztalataink szerint a legtöbb páciens a feladatot tíz perc és fél óra között teljesíti, ahol a három dimenzió egyértelműen más megfogalmazást és megállapításokat enged meg, tesz lehetővé, mint a testrajz tesztek. Az alkotás szavak nélküli munkáját egy 19 pontból álló, a pácienssel felvett interjú követi. (Az egyik szoborkészítővel készített interjút lásd a 3. Mellékletben.)

4.4.3. A testkép-szobor vizsgálat kiegészítő szempontjai

Közvetlenül a formázás befejezését követően az interjú, mint narratív elem épül be a folyamatba. Ez lehetőséget ad a különböző idősíkokkal történő munkára, azaz a korai testi tapasztalások a szavakkal történő megfogalmazás révén az „itt és most”-ban válnak hozzáférhetővé, és ezen keresztül a jövőbeni változások is alapvetően megjeleníthetők és megélhetőek lesznek.

Az interjúban megjelennek a következő szempontok is: hogyan képzelte el a figurát, mielőtt dolgozni kezdett, hogyan érezte magát közben, mi jutott először eszébe a figurával való találkozáskor, mit élhet át és mi történhet ezzel a figurával, mit változtatna rajta, az alkotó és a figura közti hasonlóság, azonosság megfogalmazása. A kérdések kitérnek a különböző testrészekre és az azokhoz kapcsolódó érzésekre, fantáziákra, rákérdeznek a két oldal arányaira, az elülső és hátsó nézet eltérő megítélésére.

A testkép-szobor teszt alkalmazásában használt alapszempontok: az idővel való bánás, a koncepció használata és a találkozás a saját alkotással. Ezeken túl a kidolgozottság, deformitás, formai kötöttség, aránytalanság, szimmetria, térbeli

kiterjedés, testrészek közötti kapcsolódás, anyaghasználat (agyag) további szempontjai mentén történik a strukturális elemzés.

A folyamat kiegészülhet a Lábán-féle mozgásanalízis szempontjaival, ami lehetővé teszi a testélmények és a testi észleléshez kapcsolódó érzelmi állapotok mélyebb szintű feldolgozását. A már említett csoporttag (7. kép) esetében a testkép-szobor jól mutatta – irreálisan és aránytalanul nagy fülek szemben a test többi részének kidolgozatlanságával – azt a fantáziát, ami a betegség okaként jelent meg. A verbális munka folyamatában artikulálódott mindaz a szomorúság és hiány, amit saját apjával való kapcsolatában megélt, és amit az elkészült figura hordozott és megjelenített. Ezeket az érzéseket és vágyakat a figura hordozta immár, kikerült a személyből, csökkent az általuk kiváltott szorongás, csökkent a fenyegetettség, és így az érzések, élmények megoszthatóvá váltak, „büntetlenül” lehetett róluk beszélni.

4.4.4. A vizsgálatból nyert következtetések

A szkizofrén betegek testi megélésében a testi egészlegesség és a testi élmények dezintegrált módon jelennek meg. Ennek következményeként torzul a saját test észlelése, letapogatása és ezen keresztül a másik testének észlelése is. A saját test gyakran üldöző ágensként jelenik meg, bizonyos testrészek fragmentálódhatnak, a beteg úgy érzi, nem hozzá tartozik, az valaki másé. Az énhatárok eltűnnek, fellazulnak, így nehéz elkülöníteni, mi az, ami bennem történik, és mi az, ami a külvilágban.

A testpszichoterápiás munkamód és szemlélet beemelése tapasztalataink szerint új megéléseket és a kapcsolódások egy integráltabb szintjének megjelenését teszi lehetővé. A saját testtel és csoporttagként a „csoporttesttel” való kapcsolat válik megélhetővé. A testi érzetek, élmények megosztása lehetőséget ad az elszigetelődés és a kirekesztettség élményének oldódásán keresztül a saját testtel való viszony átstrukturálására. A test megszelídül, birtokba vehetővé válik, ahol közös asszociációs lánc mentén megjelenik az együttérzés és a megértés. A saját testtel és a különböző testrészekkel való találkozás folyamatában a testi történetek váltak hozzáférhetővé. A testi tudatosság megélését célzó gyakorlatok, mint a test méretével, a térben elfoglalt helyével, a különböző testrészek kapcsolatával, egymáshoz való viszonyával, a ritmussal és a tempóval való munka, a találkozások a másik testével lehetővé tették, hogy ezek a tartalmak megjelenjenek a csoportfoglalkozások terében.

A testpszichoterápiás foglalkozás keretében megjelenő művészetterápiás eszközök – agyaghasználat, festés, montázkészítés – a megosztás újabb lehetőségét adják. Az alkotás folyamatában szavak nélkül formálódik meg az élmény, a testi történet. Az esetlegesen szorongató, zavaró érzés kikerül a személyből, áthelyeződik egy másik felületre, egy másik szintre. Rálátást biztosít, távolságot teremt az élmény és az élményt átélő személy között. Ezen a szinten tud megjelenni a megosztás folyamata. A megszülető alkotásokon keresztül az elmondhatatlan elmondhatóvá válik, a másik reagálása asszociációtükröként tud működni. Az így immár megszelídült élmény integrálhatóvá válik.

A szavakban nem megfogalmazható és nem megélhető saját élményből a csoport élményein keresztül közös alkotás születik, amiben mindenki megláthatja magát, mint a csoport integrált részét, „kiveheti”, „elviheti” magával azt, amire éppen szüksége van. Így születik meg az a kör, ami elfogadást és biztonságot jelent testi, pszichés és szociális szinten egyaránt. A tematika megalkotása, és az egyes csoportülések felépítésénél a különböző megélési szintek egymásra épülése és integrálása elengedhetetlen. A gyakorlatok és a tematika összeállításánál kiemelt fontosságú a csoport és az egyes csoporttagok pszichés és mentális sajátosságainak, teherbíró képességének és határainak figyelembevétele. A szomato-pszichoterápiák eszköztára igen gazdag és rugalmasan alkalmazható. Ez lehetőséget ad, hogy a szempontok figyelembevétele mellett a megélhető élmények intenzitása ne csökkenjen, ne veszítsenek erejükből.



4. kép

Paranoid szkizofrén 42 éves nőbeteg testkép-szobra



5. kép

**Paranoid szkizofrén 44 éves férfibeteg enyhe mentális retardált állapottal
testkép-szobra**



6. kép

69 éves férfibeteg reziduális szkizofréniával testkép-szobra

Az egyik csoporttag (7. kép) mély és megingathatatlan meggyőződése, hogy betegségének oka, hogy tizenévesen egy táborozás során a fülébe vizet öntöttek, azóta a bal fülében egy lyuk keletkezett, ahol kiszáll belőle a lélek, illetve ezen keresztül a gonosz be tud jutni az agyába, hatalmában tartva őt.



7. kép

„Szalmamackó” – paranoid szkizofrén 35 éves férfibeteg testkép-szobra



8. kép

53 éves, Korszakov-szindrómás szkizofrén, volt alkoholbeteg testkép-szobra

A Korszakov-szindrómás férfi csoporttag ülő figurát alkotott (8. kép), amit egy darab agyag támaszt meg. Kezei széttöredeztettek, a láb mintha térdben csonkolva lenne, a fej régió differenciálatlan. A kikérdezésben megjelenik, hogy ez egy olyan alak, aki elfáradt egy séta során, és most csodálkozva figyeli, mi történik körülötte, „csak úgy van”. A figurának nincs története, kiszakadva létezik a mindennapok folyamatából, nem tudja, honnan hová tart. Szívszorítóan jelenik meg a betegség, a memória széttöredezettsége, mely nélkül a történetnek nincs folyamata, csak jelen pillanatai, amelyek továszállnak, amire csak rácsodálkozni lehet.

Ez volt az a keret, amelyben a testkép-szobrok és az ezekhez fűződő érzések, fantáziák meg tudtak születni. A testkép-szobor teszt beépült a csoportfolyamatba és az egyéni terápiás munkába egyaránt. A csoporttagok külön-külön dolgoztak a csoportvezetővel, aki végigkísérte az alkotás folyamatát, majd ezt követően felvette a meghatározott szempontok alapján összeállított kérdőívet. A teszt a testkép-szobornak a formázást követő megbeszélésével hozzáadott narratív elemekkel is kiegészül. Az egyes testrészeket a szubjektív tapasztalatok és a saját szavak kapcsolhatják össze, ahol az érzett és az észlelt tapasztalatok a saját nyelvben válnak szimbolizálhatóvá.

A testi megélés mélyebb megértését teszi lehetővé a testkép-szobor teszt, amely a testi és lelki zavarok megértése és kezelése szempontjából kiemelt jelentőséggel bír. A teszt maga, mint taktilis proprioceptív eszköz vonható be a terápia folyamatába. A személyiség integrációs szintjének megjelenítésére ad lehetőséget, ezáltal a személyiség struktúráját engedi láttatni.

4.4.4.1. Az empirikus vizsgálat alapján nyert tapasztalatok

A testkép-szobrokon gyakran találtunk valami „feltűnőt”, ami az elszenvedett sérülésekkel egybecsengett. A test deformitásai és a kora gyermekkori erőszakos élmények közötti összefüggések gyakran nyertek igazolást, valamint a leszakadó végtagok az életvezetésben megélt funkcióvesztést szimbolizálják. Bizonyos identitászavarok (nemi identitászavarok) viszonylag gyorsan váltak felismerhetővé. Ilyen jellegű individuális különlegességek akkor is előfordulnak, ha a tesztet megismételtetjük, tehát abban az esetben is, ha a páciens tudatosan törekszik az eltérés korrigálására.

Az empirikus vizsgálat alapján megfigyelhettük a megformált alak teljességére és strukturáltságára vonatkozó jellegzetességeket az anyaghasználat mennyiségi és minőségi szempontjai szerint (lásd 1. Melléklet 1. és 2. táblázatok) kiemelkedik a szkizofrén betegcsoport anyaghasználatában tapasztalt repedés, szakadás szignifikáns eltérése és a testtartás szerinti százalékos eloszlásban megjelenő erősen szignifikáns eltérés az affektív betegcsoport esetében a többi betegcsoportéhoz képest. Az empirikus vizsgálatból nyert adatokat a terápiában felhasználhatjuk, mivel az mindig újabb ösztönzést ad a különféle testtájához kapcsolódó asszociációkra. Az a testtáj, amely a megélés során különösen érintett, általában a szobron is valamiképpen feltűnik, például a szobor felületének mélyedéseiben, vagy éppen kiemelkedéseiben (göb, púp), a tömeg vagy a hosszúság aránytalanságában, esetleg bizonyos testrészek szakadásában és hiányában.

4.4.4.2. A vizsgálat klinikai relevanciája

A testkép minőségi analízise kiegészült a pácienssel történő beszélgetéssel, amely az asszociációk és a narratívák feltérképezésére irányult. Ezáltal váltak kiértékelhetővé a páciensekkel felvett interjú szövegének a minőségi szempontjai. A formázás általában heves érzelmi reakciókat váltott ki, így az interjú közben intenzív jelentéstartalmú párbeszéd jött létre.

A minőségi elemzésben kitértünk a páciens által megélt élmények és érzelmi állapotok meghatározására. A feszültségi foknak megfelelően a kijelentéseket és metaforákat rögzítettük, továbbá azt is megbeszéltük, hogy mennyire voltak elégedettek és mennyire tudták elfogadni a maguk alkotta szobrot.

Mivel a testkép-szobor teszt projektív technika, szorongásos állapotokat generálhat. Éppen ezért fontos a terapeuta és páciens között kialakult stabil bizalmi viszony, hogy lehetségessé váljon az ellazult állapotban történő alkotás. Az alkotás már terápiás hatással bír, amely során a struktúra-integráció is fejlődik. Ez azt jelenti, hogy a szoboralkotás szimbolizálási segítséget ad a terápiás folyamatban. Pszichotikus pácienseknél, akiknél gyakran traumatizáló gyermekkori élmények szerepeltek az anamnesztikus adatok között, azt találtam, hogy az alkotással szerzett tapasztalatok kivételes módon befolyásolják az önértékelést és ezzel együtt a testképet. Mivel a traumák testi-lelki sérülésként az implicit memóriába íródnak be, az ilyen módon rögzült és az explicit memória számára nem hozzáférhető sérülések a megfelelő érzelmi kontextusban a sérülések testi vonatkozásait újra tudják éleszteni.

Megerősítést kaptam arról a feltételezésről, amit Schilder már 1935-ben megfogalmazott, hogy adott egy kölcsönös kapcsolat a testkép és a testképre gyakorolt hatások között, vagyis a testkép, mint a megélt traumák térképe értelmezhető.

A testkép-szobor nem csupán átmeneti tárgyként kap helyet a terápia folyamatában. Maga az alkotási folyamat a gyógyulás lefolyásában szerepet játszó integrációs folyamatokról is képet ad.

Winnicott (1962/2004) elméletében az átmeneti tárgy akkor jöhet létre, ha a belső tárgy elég élő, valós és jó, és amely az anyai viselkedés függvénye. Amennyiben az anyai gondoskodás nem kielégítő, az átmeneti tárgy is elveszítheti a jelentőségét.

A vizsgálatban az az elgondolás is megjelent, miszerint az átmeneti tárgyat a gyermek hozza létre, gondolja ki és alkotja meg.

Az átmeneti tárgy szimbolikusan egy résztárgy helyett áll, az anyamell helyett, illetve az első tárgykapcsolat helyett. Azaz az átmeneti tárgy a külső tárgy helyett jön létre, de mégis a belső helyett van. A gyermek testének sem része, és a külső valóságnak sem része. Helye a határon van: egyszerre kint és bent. A két valóság az élmény terében találkozik. Péley (2003) rámutat, hogy Winnicott interszjektív értelemben fogalmaz, amikor az átmeneti térbe helyezi a jelentésadás folyamatát. Az élmények megosztása a belső és a külső valóság érintkezési tartományában történik, itt jön létre a jelentések cseréje, valamint új jelentések létrehozása (Szili, 2010a).

A vizsgálat klinikai relevanciája tehát kevésbé a teszt diagnosztikai eszköz szerepében rejlik, hanem globálisan, a pácienssel folytatott párbeszéd katalizátoraként lehet értelmezni. A testkép-szobor teszt terápiás jelentősége leginkább abban ragadható meg, hogy olyan eszköznek tekinthető, amely segítségével a testi én, a test egységének,

egészségességének a megtapasztalása és élménye megjeleníthető és megfogalmazható, a kvalitatív szempontokon túl indirekt módon az én-identitás és én-konzisztencia mércéjeként is szolgálhat.

4.5. AZ ANALITIKUS TESTPSZICHOTERÁPIA GYAKORLATA EGYÉNI TERÁPIÁS KERETEK KÖZÖTT

Interszubjektív-relációs szempontból lényeges, hogy a kezelési keretet a páciens lehetőségeit és a terapeuta szükségleteit figyelembe véve a terápia kezdetén egyeztessük. Az analitikus testpszichoterápia egyetlen páciens, de csoport esetében is alkalmazható. A csoportos keretben végzett munka jellemzői, valamint az egyetlen pácienssel és csoporttal végzett munka kombinációjának lehetőségeit Berliner (1998) dolgozta ki tanulmányaiban.

A pszichoterápia az analitikus kontextushoz illeszkedő rendelőben és a hétköznapitól hangsúlyozottan eltérő környezetben folyik. Ez a környezet valami példaértékűt és valamely játékosságot visz a pszichoterápiás folyamatba. A páciens ezáltal, a védettségen túl, lehetőséget és ösztönzési teret kap, amelyben tudatos és nemtudatos életmozzanatait dolgozza fel a terapeutával együtt. Ebben a szabad terápiás térben páciens és terapeuta között létrejön egy ún. „hatástörténet” (Heisterkamp, 2007), amelyet mindketten interaktívan kezelnek. Ezt az ún. „összjátékot” (Heisterkamp, 2007) a terápiás szövetségen belül szabályozzák, amely a lelki „életmozgások” analízisére vonatkozik. Ezen felül, mint minden testorientált pszichoterápia esetében, néhány módosítás is szóba jön, amelyek a terápiás helyzet lényegét még inkább kiemelik. Erre megfelelő példa lehet a terápiákban gyakran tapasztalható exponáltság kezelésének a kérdése.

A pszichoanalitikus ülés redukálja az exponáltságot. Azok az emberek, akik nagyon érzékenyek arra, hogy el legyenek határolódva a többiektől, akikben igen gyorsan olyan érzések alakulnak, ki, hogy megsértik az integritásukat, az exponáltságot kiszolgáltatottságnak, magukat a velük szemben ülő tekintetnek kitettnek élik meg, és ezt fenyegetőnek tarthatják. Ha nem szükséges szemkontaktust tartani, az a hanggal vagy a jelenlét egyéb észlelhető jeleivel, tolakodás nélkül teremtheti meg a meghittség érzését. Másrészt minden analitikus ismeri azt a kockázatot, amikor maga az ülés válik ellenállássá, hogy a mimikai interakciók hiányát arra használják fel, hogy elkerüljék az érzelmi kapcsolatot, vagy a túlzott exponáltságtól való félelem olyan

erősen hat a helyzet ellen, hogy azt fel sem lehet dolgozni. Ilyen esetben különös jelentőséggel bír az analitikus ülés kerete.

Ez azt jelenti, hogy a terapeuta ebben a helyzetben a kifejezett testi én- vagy életmozzanatokot is bevonja a szabad asszociációk mellett az analitikus kontextusba, vagyis megkéri a páciens, hogy ne csak a mentális állapotaira figyeljen, hanem a testi érzékeléseire vagy észleléseire is. Ezek alapján a páciens, amennyire csak képes, megosztja érzelmeit, testi érzéseit, illetve fizikai impulzusait is. Itt azokat az analitikusokat emelném ki, akik amellett érvelnek, hogy a preszimbolikus tapasztalatok közül kiemelkedőknek már az alapszabály megfogalmazásakor nagy figyelmet kell szentelni, tehát meg kell kérni a páciens, hogy ügyeljen az énállapotára, affektusaira és testérzékelésére is.

Ebben a terápiás keretben a terapeuta már az analízis kezdetén felhívja a páciens figyelmét az esetleges cselekvéses, mozgásos vagy érintéses helyzetekre. Közli a pácienssel, hogy ezek mindig elérhetőek lesznek, és mint a megélésének a tisztázására alkalmas eszközök vonhatók be a terápiás folyamatba. Ezen kívül minden terápiás helyzetben terapeuta intervenció előtt és után megkérdezi a páciens, hogy ösztönző volt-e számára az adott intervenció. A terapeuta továbbá arra is felhívhatja a páciens figyelmét, hogy egy ilyen ajánlatnak az elfogadása vagy elutasítása által jelentkező vélt problémák elmélyítik a megértést, és hogy a mozgásos és érintéses intervencióknak kiegészítő funkciójuk van. Ezek a lélek játéktérét növelik annak érdekében, hogy a lehető legátfogóbban fejezhesse ki önmagát a páciens. Ebben a helyzetben lehetővé válik a páciens számára, hogy mélyebben élhesse és érthesse meg magát. Ez természetesen magában foglalja a terápiás szövetség folyamatos megújítását, és egyúttal tükrözi az imagináció és a reflexió állandó váltójátékát. A kettő együtt egy mélyebb bepillantást tesz lehetővé a terápiás párbeszédbe, és erősíti a páciensben a saját gyógyulása iránti felelősség tudatát.

Ez a terápiás keret lehetővé teszi, hogy a pszichoterápiás helyzet már ne csak a dívány és a fotel segítségével formálódjon, hanem az egész rendelőt a birtokába vegye. Ezáltal a páciens lehetőséget kap arra, hogy a rendelkezésére álló terápiás térben újra és újra elhelyezze önmagát.

Végül egy jelentős különbségre érdemes rámutatni a freudi és az adleri pozíció között, amelyre először az adleri kiképzésű Heisterkamp (1996, 2007) hívta fel a figyelmet: Adler működése kezdetétől meg volt győződve arról, hogy a páciens nem is tud mást tenni, mint hogy a rendelőben is a saját életstílusa tipikus viselkedését éli meg.

Adler ezáltal nagyobb játékeretet követelt, és óva intett attól, hogy merev szabályozást vezessünk be, mivel emiatt sok mindent meg sem láthat a terapeuta. Arra törekedett, hogy nem zavarja meg a páciens saját mozgásában, mert így a *saját mozgástörvényeit* követi (Adler, 1996/1933). Ezzel a szinte már mozgásterápiás hozzáállással nem is találjuk furcsának, hogy Adler nagyon korán, már 1912-ben rámutatott a „szervek nyelvjárására” („Organdialekt”), illetve a testbeszédre, még a drezdai orvosi kongresszus előtt.

„Meglehetősen értékesnek tűnik számomra az a műfogás, amelynek során úgy viselkedem, mintha pantomimet néznék: egy darabig egyáltalán nem figyelek a páciens szavaira, hanem csak a testtartásából és a mozdulataiból próbálom meg kiolvasni a mélyebb szándékát. Élesen érzékelhetjük eközben a hallottak és látottak közötti különbséget, és felismerhetjük a tünet értelmét” (Adler, 1920, 63).

4.5.1. Az áttétel és viszontáttétel kérdésének kezelése az ATP gyakorlatában

A pszichoanalízis technikájával, a szabad asszociáció intervenciójával kapcsolatban ki kell emelnünk, hogy az az egyszemélyes pszichológia idejében keletkezett. Időközben a pszichoanalízisben kialakult a „vizontáttétel” fogalma, és egyre inkább a páciens és a terapeuta közötti interakcionális „hatásösszefüggéseket” kifejtő koncepciók jelentek meg (Heisterkamp, 2007). Sokkal inkább az tűnik ésszerűnek, ha felkészítjük a páciens, hogy a terapeutával megélt mindenkorai kapcsolata alapvető fontossággal bír a terápia egész folyamatát illetően.

A klasszikus pszichoanalitikus szemléletben elsősorban a verbális tartalmak értelmezése kerül a középpontba, és kevésbé a testi reakciók megfigyelése. A szavakon túli világ főként az áttételi folyamatok kezelésének beemelésével lesz érzékelhető, és ezáltal irányítja az analitikus figyelmét az egymással kapcsolatba kerülő testekre.

A korábban megfogalmazottak alapján láthatóvá vált, hogy a test bevonása mellett az áttételi és viszontáttételi folyamatok alakulása kiemelt jelentőséggel bír. Ferenczi (1982a) a viszontáttételnek, mint az anyai készítésnek az elméleti alapjait hangsúlyozza azzal, hogy a páciens az analízis során egy a gyermekkorban megtagadott jóleső tapasztalathoz jut, amely több mint az elfojtás megszüntetéséből származó nyereség. Ezzel összefüggésben Winnicott (1962/2004) is kiemeli a primér anyai gondoskodás jelentőségét, amely során az anyának lehetősége van természetes és spontán módon aktívan alkalmazkodni a gyermek szükségleteihez. Az analitikus és

páciens között hasonló, kölcsönösen szubjektív kapcsolat alakul, ahol az analitikus empátiás módon ismeri fel páciense elsődleges szükségleteit (Cabré, 1999). Ezzel összefüggésben a modern csecsemő kutatás eredményei és az interszubjektív terápiás elméletek fejlődése meghozta azt a szemléletváltást, miszerint központi helyre került a terapeuta testi érzése és érzete. Ez számunkra abból a megfontolásból jelentős, hogy a pszichoanalízisben és ezen belül az analitikus testpszichoterápiákban a páciens és terapeuta között megjelenő viszontáttétel egy kölcsönös folyamat eredménye. Ebben a folyamatban mindketten egyaránt testükben vannak jelen, ezáltal közöttük egy kölcsönösen tudattalan csere történik. Ez a kölcsönösség, amelyben a testi jelzésekre való odafigyelés jelenik meg, és amely a résztvevők közötti viszonyulásról közvetít információkat, teszi lehetővé az áttételi folyamatok megértését (Szili, 2010a; 2010b). Ugyanezeket erősítik meg a Geißler és Stern által képviselt irányzatok kapcsolódási pontjai (lásd a 110. oldalon lévő összevetést).

Ezek alapján elmondható, hogy a gyakorlatban a német iskola szerint voltaképpen az interszubjektív kapcsolati viszonyulás képezi az analitikus testpszichoterápiás módszertan sarokvasát. Ennek megfelelően a terapeuta nemcsak az érintéses és a cselekvéses intervenciókra készíti fel már a kezelés legelejétől fogva a páciens, hanem azt is elmagyarázza neki, hogy az ő testi megjelenítéseiben vagy rendezéseiben is rendelkezésre áll. Ebben az értelemben a páciens, mint rendező alkot a terapeuta kísérésével és segítségével.

Itt említem meg, hogy az analitikus testpszichoterápiás műhelyek során olyan testtudati munka zajlik, ahol a testi improvizáció és a terápiás tér, mint gyakorló terep jelenik meg a páciens előtt. A testtudati munkát az analitikus testterápiás gyakorlat fókuszába helyező műhelyek kiemelten fontosnak tartják. Az áttételi dinamika az affektív hangolódás során kölcsönös állapot szabályozásban dolgozódik át. A korai tapasztalatokon túl a terápiás térben helyet kapnak az artikuláltabb kapcsolati mintázatok is, amelyek a terápia során később kerülnek verbális feldolgozásra. A terápiás kapcsolatba a terapeuta a testét, mint terápiás eszközt vonja be a transzparencia alapelemeként, amelynek segítségével interszubjektív módon tudják modellezni és feldolgozni a páciens helyzetét (Szili, 2010a).

Analitikus testpszichoterápia során egyéni helyzetben mindjárt a keretek tárgyalása alkalmával beszélem meg a pácienssel, hogy a fontos témák feldolgozására különféle lehetőségek állnak rendelkezésére: a testi dimenziót bevonva, ezeket feldolgozhatjuk

ülve és fekvé is, vagy jelenetek beállításával is, amihez magam adhatok kíséretet és jelenléte.

Szorongáskeltő helyzetekben fontos, hogy a páciens tisztában legyen azzal, hogy bármikor félbeszakíthatja a folyamatot, amennyiben az már nem tartható a számára, vagy akár be is fejezheti. Egy ilyen helyzetben időnként rákérdezek, hogy vállalható-e még a helyzet a számára. Mint azt már korábban a szkizofrén páciensek kezelésével kapcsolatban megemlítettem, ezek az intervenciók elsősorban a páciens önszabályozását támogatják és facilitálják. Ez leginkább akkor fejeződik ki, amikor a páciens a számára szorongást kiváltó észleleteket és nyomasztó tapasztalatokat a terapeuta reflexiók által meg-megszakított kis lépésekben közelíti meg.

4.5.2. A terápiás tér atmoszférája és a terápiás térben születő alkotás

A műhely légkörének érzékeltetéséhez közelebb vihet Thomä és Kächele (2007/1985) gondolata, amely a pszichoterapeuta jó közérzetét és hitelességét hozza kapcsolatba a páciens fejlődésével. Thomä és Kächele abból indul ki, hogy az analitikusnak jól kell éreznie magát a helyiségben ahhoz, hogy a páciens is ezt érezhesse. A terápiás műhelyben helyet foglaló tárgyak az analitikus hozzáállásának és viselkedésének a kongruenciáját fejezhetik ki. A terápiás helyiség berendezésével kapcsolatban olyan területet tárgyalnak, amit a pszichoanalitikus irodalom eddig kevésbé tartott fontosnak.

A terápia légkörének jelentőségéről Heisterkamp ír bővebben, aki kiemeli a terápiás keretek és a frekvencia megtartásának fontosságát is. A műhely légköre alapvetően a kezelés alatt megjelenő változtatások kezelésétől függ, azaz Heisterkamp gondolata szerint az ülések mindig magukban hordják a változtatás lehetőségét. Ez a terápiás koncepció mentén fejlődik, és hozzájárul a „hatástörténet” alakításához. Abból indul ki, hogy a terápiás atmoszféra legtöbbször az „összélényt” képező hangulatokkal átítatott milió. (Heisterkamp, 2007)

A pszichoterápiás helyzet egy születési szituáció archetípusát képezi le, így a terápiás keret ezen az archaikus szinten kapcsolatba hozható egy újszülött megérkezésével és üdvözlésével.

A winnicotti „elég jó anya” fogalmával utalhatunk a terápiában is meghatározó érzelmi szabályozás jelentőségére. Mint ahogy a holding megóvja a gyermeket a végtelen zuhanástól, a testtel való kapcsolat megszűnésétől és ezzel együtt a

tájékozódásra való képtelenségtől, úgy kap a páciens a terápia során egy megfelelő interszjektív teret önmaga újraalkotásának folyamatában.

Figyelembe kell venni, hogy a dezorientáció pszichotikus szintű szorongásai is testközpontúak, mivel a szelf alapvetően és eredendően testi szelf (Winnicott, 1962/2004, id. Szili 2010b).

Pszichotikus páciensek anamnézise alapján láthatóvá válik, hogy a korai életidőben van egy alap-hasadási tendencia a környezethez való aktív alkalmazkodásának sikertelensége miatt. A belső világ ennek következményeként mindvégig megoszthatatlan marad.

Azokat a pszichoterápiás tereket, amelyekben a páciens a Winnicott (1999/1985) értelmezése szerinti kapaszkodókat és az életmozgások fejlesztését találja, a legváltozatosabb formákban találjuk meg. Például ilyen, ha a páciens fényképeket nézegethet (Guderian, 2004), vagy szobrot formálhat magáról (Fehér és Kecskés, 2011). Ezek a terek egy-egy terapeuta mindenkori munkavilágát ábrázolják, amelyekbe a páciens úgyszólván beleszületik és újraalkothatja önmagát.

Ahhoz, hogy a páciens számára mindenkor gyógyító atmoszféra alakuljon ki az analitikus testpszichoterápiás folyamat során, feltétlen szükséges, hogy a műhely elegendő ösztönzést tartalmazzon. A műhely ösztönzése alatt általában azt értem, hogy a terápiás atmoszféra barátságos és bizalmas hangulata biztonságot ad a páciens számára a terápiás kapcsolat megéléséhez és építéséhez. Tehát elég kapaszkodót nyújt ahhoz, hogy a páciens a saját atmoszféráját a terapeutáétól is biztonsággal elhatárolhassa. Továbbá alapvető fontossággal bír, hogy maga a terapeuta is biztonságban érezze magát a saját műhelyében, ezzel is támogatva, hogy a páciens ebben a térben megtalálja a helyét, és potenciálisan kivehesse a részét a kapcsolat formálásában. Ebben az értelemben modellértékűvé válik maga a terapeuta is a páciens számára. Mindez úgy lehetséges, ha maga a terapeuta is a műhely alkotói folyamatában az áttételi és viszontáttételi dinamikát a terápiás fejlődés támogatására tudja felhasználni.

Az analitikusok és a testpszichoterapeuták széles tábora mélyen egyetért abban, hogy a megtartó és ösztönző pszichoterápiás környezethez elsősorban egy barátságos és elfogadó légkör szükséges, amelyben elérhető lehetőségek nyílnak arra, hogy a páciens kényelmesen ülhessen, fekhessen vagy mozoghasson, tehát létezessen a térben. Ezekben a rendelőkben általában további tárgyak is helyet kapnak, mint például puha

takarók, szőnyegek és párnák, szivacsok vagy matracok, labdák, festőeszközök, ugrókötelek vagy esetleg homokzsák.

Hangsúlyozni szeretném, hogy a német iskola szerint a terápiás műhely atmoszférája a lélek önalkotó keresőmozgásának nyújt fontos támpontokat, és azért olyan fontos a terápiás munkában, mert segítségével tudattalan emlékek és tapasztalatok kerülhetnek felszínre. Az analitikus testpszichoterápia ezzel a jellegzetességével képes az archaikus struktúrákig visszanyúlni a páciens és a terapeuta között.

Mindezzel azt kívánom megerősíteni, amit Winnicott (1962/2004) a szelf-fejlődés folyamatában a szelf kialakulásának első lépcsőjeként ír le. Ekkor történik az én és nem-én megkülönböztetése, és a megfelelő környezeti aktivitás mellett a csecsemő szabadon felfedezheti a környezetét, jelentőssé válik a létezés-bontakozás folyamatosságának megtapasztalása. Ez a születés utáni szakasz a bontakozó szelféret kialakulásának szakasza Stern (1992/1985) elméletében. Fonagy (2004) szerint a fent említett kapaszkodók segítséget nyújtanak a tudattalannak, hogy kapcsolódhasson a mentalizáció korai szintjeihez, amit Stern (1992/1985) úgy fogalmaz, hogy megkönnyítik az önmagává válás aktuálisan hatékony területeihez történő kapcsolódást.

A valós szelf kialakulásának jelentős összetevője a *létezés folytonosságának* megtapasztalása, amely a szelf-érzet alapja. A kreatív gesztusok, amelyek a kreativitás alapjai, a létezés folytonosságának megtapasztalása által jöhetnek létre. A winnicotti modell (1962/2004) szerint a létezés folytonosságát több élmény megtapasztalása hozza létre. Ilyen a belső világ megtapasztalásához kapcsolódó biztonságérzet és a külvilágnak szóló figyelem csökkentésének a képessége, valamint a spontán kreatív gesztusok létrejötte (Szili, 2010b).

A belső világhoz kapcsolódó biztonságérzethez illeszkedik Winnicott (1962/2004) az anya-gyermek kapcsolat alakulásának szempontjából jelentős fogalma: az „*egyedüllétre való képesség*”. A másik társasága itt elsősorban, mint kötődésbeli jelenség értendő, azaz a valós szelf csak úgy tud szerveződni, ha jelen van egy másik személy, aki jelenlétével nem intruzív, tehát nem szakítja meg a létezés folytonosságának az élményét. Winnicott (1999/1985) „*átmeneti tér*” fogalma pedig alkotás talaján nyer értelmet a terápiás szituációkban, hiszen az átmeneti tér jelentős szerepet tölt be a szimbolizációs képesség kialakulásában. Mivel az átmeneti tér az alkotás tere is, itt munkálódnak meg az élmények. Kapcsolati aspektus szerint ez a tér, mint a Másikkal összekötő közegnek is helyet adó entitás is egyszerre. A gyermek életében az először szoros, majd később a gyermek igényeihez való egyre szabadabb

anyai illeszkedés a mágikus teret játéktérre alakítja, és természetesen a térnek ez a formálódása az „én-kapcsoltság” kialakulásához is kapcsolódik (Szili, 2010b). Az anyjától már távolodni képes gyermek a saját testével köti össze a teret, ami az anyától elválasztja. A pszichikus események belső tere ennek a térnek a metaforikus kifejezése (Péley, 2004; Szili, 2009; 2010b).

A létezés folytonosságának a megtapasztalása, valamint az alkotás útján nyert tapasztalatok együttes formálódása alakíthatják a terápiás atmoszférát. Ha a pszichoterápiás munkát művészi gyakorlathoz szeretnénk hasonlítani, akkor az alkotás ebben az esetben a lelki tartalom jellemző megfogalmazása. A mai pszichoterápiában több művészeti ág képviselteti magát a különféle alkotások: szobrok, festmények, drámák, költemények, zene, ének, tánc, pantomim és performance által. A pszichoanalízisben az alkotás, mint elemzésre váró szimbolikus jelentésekkel bíró tartalom kaphat helyet. A modern pszichoanalízis szintén úgy gondolkodik, hogy a fantázia világa jelentős az alkotás megszületése szempontjából. A fantázia kialakulását az anya-gyerek kapcsolat korai szakaszára vezeti vissza, ahol az anya-gyerek kapcsolatban van egy folyamatosan változó átmeneti tér, amely a gyermek saját énje, saját testi élménye és a másik, az anya között alakul ki. Ez a realitás és a képzelet közötti átmeneti tér (tulajdonképpen játék) alakítja a fantáziát. Ennek megfelelően a terápiás kezelésben is megjelenik egyfajta játékoság, egy saját belső játéktér, vagy „köztes tér” (Winnicott, 1999/1985). Az ATP-irányzat terapeutái gyakran komoly hangsúlyt fektetnek a játékoságra, amíg a játékoság az analitikus testpszichoterápia aspektusából tekintve a pszichoterápiás együttmozgás kifejezett keretein belül marad.

Winnicott (1999/1985) az egyetlen kreatív folyamatnak a játékot jelöli meg, amely során az alkotó az egész személyiséggel vesz részt az alkotói folyamatban. A játékra való képességet tartja az egészséges ember jellemzőjének, amely képességet alapvetően függővé teszi a gyermekkorban szerzett tapasztalatoktól és a környezet gondoskodásától. A játékban a saját belső tartalom válik külsővé, amely maga egy kreatív aktus, ezáltal jelenít meg valamit a világban az alkotó önmagáról. Az alkotói folyamatot a spontaneitás és a szabadság jellemzi, ezáltal a játék a személyiség kreatív potenciáljára épít. Pszichoanalitikus felfogásban a kreativitás az egyén krízishelyzeteivel hozható összefüggésbe, azaz a személyes konfliktusok feloldása szublimációs folyamatok segítségével az alkotás folyamatában történik (Vikár, 1992, id. Szili, 2010b). A műalkotás, mint speciális kapcsolat a valósághoz vagy a valóságnak egy megfoghatóbb formába hozott, specifikus modellje. Ebben az értelemben az

analitikus testpszichoterápiás kezelés alapja és jellegzetessége is abban áll, hogy egy közös művészeti és kezelési művet hozunk létre. Ez folyamatos együttmozgást jelent, amely olyan terápiás atmoszférát hoz létre, amely a kezelés minden pillanatában jelen van és elérhető, és a hangulatnak megfelelően kvalifikálja magát (Scharff, 2007).

A terápiás munka, mint alkotás Erdélyi Ildikó koncepciójában is megtalálható. Erdélyi gondolata szerint a tudattalan testkép alapjait képező korai kapcsolati érzetek a későbbi fantáziaképek formálódására hatnak. Erdélyi hangsúlyozza a tudattalan testkép, mint archaikus kép jelentőségét, amely az anya-gyerek közötti interakciók (tükrözések) között, a megosztott tudattalanok révén formálódik. Ebben a folyamatban anya és gyermek egymás hasonmásává válnak. Ez a kapcsolati jelleg ismétlődik meg az analitikus és a páciens között formálódó interakcióban, amelyben kettejük tudattalan testképe lesz az áttétel-viszontáttétel közvetítője (Erdélyi, 2010).

Dolto (1987/1984) munkássága során szintén azt vizsgálta, hogyan bukkannak fel azok a kapcsolati minták, sérülések és vitális affektusok, amelyek a testhatárok és az énhatárok problematikus voltát tükrözik. Kutatásai során figyelmét leginkább arra helyezte, ami elbeszélhetetlensége okán nincs kimondva, mert legtöbbször a szó előtti tartomány élményanyagában rejlik a megoldás, amely során a fantáziamunka, illetve a testi megjelenítés által szöveggé válhat a testélmény.

Ezek a pszichoterápiás módszerek és egyéni kifejezési formák világosan képviselik, hogy az egyes eszközök vagy módszerek hangsúlyozása mindig egyéni minták alapján történik. Lehetőségüket tekintve ezek sokszínűek, de pszichoterápiás kompetenciájukban korlátozottak is, hiszen egyedi üdvözítő kezelési módszert nehéz találni.

A terápiás tér atmoszféráját érintő gondolatokat felidézve és az analitikus testpszichoterápiás kontextus alkotó elemeit összefoglalva: a terápiás helyzet egy érkezési helyzetet imitál a születés ősmintájára, amelyben az affektusok alapvetően mélyebbre nyúlnak, mint a felismerés. Ilyen értelemben kiemelten jelentőssé válik a pszichoterápiás szituáció létrehozása, megtartása valamint módosítása is, mindamelllett, hogy jelentős szerep jut az anya jelenlétének, aki fontos kísérője a gyermek egyedülletének.

Ebben a terápiás közegben az analitikus jelenléte alapvetően ösztönzőleg hat a páciensre, hogy újra átélje a személyiségére jellemző szorongásokat és tapasztalatokat, valamint az ezekből fakadó konfliktusokat is. Így alakul ki lépésről lépésre az összhangból és az áthangolásból a fejlődést facilitáló párbeszéd, mindeközben egy

interszjektív atmoszféra keletkezik, amelyben közvetlenül és biztonságosan formálódhatnak a változási tapasztalatok.

4.6. ANALITIKUS TESTPSZICHOTERÁPIÁS ESETPÉLDÁK

Az analitikus testpszichoterápia gyakorlati megközelítésének, mint fentebb láthattuk, a különlegessége abban áll, hogy az áttétel, viszontáttétel és az ellenállás megfigyelése által egy pszichoanalitikus folyamat kezdődik, amelynek azonban a terápiás tér kialakítása és a „nyitott ülés” miatt eltérő a dinamikája. Az ilyen nyitott ülés során például gyorsan változhatnak a regressziós szintek és a hozzájuk kapcsolódó áttételek. Éppen ezért, a nyitott ülés a kezelési helyiség specifikus kialakítását követeli meg. A dívány mellett található általában egy matrac, vagy esetleg egy polifoam és további eszközök, amelyek egyénileg különböző módon alkalmazhatóak.

A módszer a rendelkezésre álló eszközökkel meglehetősen jól variálható, és az alkalmazhatósága alapvetően a terapeuta személyes stílusától függ. Nem szokatlan, hogy az analitikus testpszichoterápiában hetekig vagy akár hónapokig csak verbális munka zajlik. Gyakori, hogy a páciens éppen a spontán vagy tervezett konkrét-testi interakciók ritkasága miatt azokat specifikus mozzanatokként éli meg a terápia folyamatában. A jelenetek általában tartós hatással bírnak, mert gyakran affektív tömörség jellemző rájuk. A páciens a terápia folyamata alatt, a különböző lelki rétegekkel végzett munka során gyakran visszatér ezekhez a jelenetekhez. Az analitikus testpszichoterápiás ülésen gyakran előfordul, hogy a testi élménydimenzió megtapasztalása látens tartalmakat képes előhívni vagy erős affektusokat kiváltani, többek között hirtelen sírást vagy heves zokogást.

Mivel az ATP módszere a lelki tartalmak kifejezési formáinak *teljességével* foglalkozik, ezért azt a módszer saját fogalmi rendszere erősíti meg. A módszert képviselő analitikusok az „életmozzanatok” fogalommal próbálják ábrázolni, hogy nézetük szerint „a lelki tartalmak minden artikulációja, vagy kifejezési formája – mentális, vagy testi szinten – [...] a fejlődésben lévő egész integrált részének tekintendő” (Scharff, 2007, 89).

Ennek megfelelően Geißler abból indul ki, hogy csak a „testi artikulációk”, mint „külső életmozzanatok”, és az ettől elválaszthatatlan pszichés megélés, mint az önmegfigyelés és empátia által megközelíthető „belső életmozzanat” egyidejű

figyelembevétele vezethet el a páciens és a terapeuta közötti teljes *explicit és implicit hatástörténéshez* (Geißler, 2009).

Ezért ajánlott „a megnyíló személy leírászerű megközelítése”. A *közös „hatástörténés”*, illetve a *„hatásegység”* olyan további fogalmi pontosítások, amelyeknél a terápiás munka központi vonatkoztatási pontját „a páciens és a terapeuta közötti hatás-összefüggések adják, amelyekben a „minden mindent mozgat” elv az áttétel és viszontáttétel figyelembevételével érvényesül, és ezen kívül mindkettőjüket az átfogó hatásegység mozgatja” (Heisterkamp, 2007, 339). Az analitikus testpszichoterápia módszerspecifikus megközelítésében a teljességre vonatkoztatás és az interszjektív-relációs irány következménye, hogy azok a nézetek és megfogalmazások, amelyek az „orvosi modell” értelmezésből erednek, mint például az egyes diagnózissémák vagy orvosi intervenciók, kisebb szerepet játszanak a módszer elméletére és gyakorlatára vonatkozó magyarázatokban, bár néhány szerző, mint Joraschky vagy Maaser egyértelműen hídépítő szerepet próbál ebben az irányban betölteni.

Ezért az analitikus testpszichoterápia módszertanában koncepcionálisan specifikusnak tekinthetők a „testi rendezések” (Scharff, 2007) vagy testi megjelenítések, amely fogalmakra Küchenhoff (2012) a performancia és a performatív többlet kifejezéseket használja, különösen a regresszió kérdéskörét illetően. A cselekvési dialógus különböző formái esetében kiváltképp a súlyos személyiségzavarokkal küzdő páciensek esetében vált be a tudattalan „testi rendezések” (inszenáriók) koncepciója, amellyel a német szakirodalomban Scharff mellett Küchenhoff foglalkozik behatóbban.

A terápia folyamatában felbukkanó testi megjelenítések vagy rendezések során egy bizonyos performatív minőség, egy testi cselekvés játszik hangsúlyosabb szerepet, amely tartalmazza a szubjektum és a tárgy között megjelenő interakcionális mintát.

4.6.1. „Aki létezik, de nem tartja kézben önmagát”

Az analitikus testpszichoterápiák eszköztárából a dolgozatban eddig a csoportos keretben használt testkép-szobor tesztet mutattam be, míg az egyéni terápiás keretek között a hangsúlyt sokkal inkább a mikropraktikák alkalmazására helyeztem. Az itt bemutatandó esetpéldák pácienseivel magánpraxisban, egyéni terápiás keretek között dolgoztam.

A. 32 éves, kevert szorongásos depresszív zavarral és ugyancsak korai sérülésekkel, csinos, jó ízléssel öltözött, munkájában sikeres, folyamatosan úton lévő nő, aki kapcsolati problémája miatt jön hozzám. Megpróbál tárgyilagos lenni, és egyúttal érzelmeiből is mutatni valamit, ezek azonban alig megközelíthetők. Teste mégis kommunikál, olvasható róla a bizonytalanság.

Kapcsolataiból „valahogy mindig rosszul jön ki”: magányosnak érzi magát. Habár „hosszú és tartós kapcsolatra” keres társat magának, eddig nem járt sikerrel. „Rossz választásaim vannak, akik nincsenek rám jó hatással.”

Ezek a férfiak eleinte mind kötődést keresnek, aztán mégis dobják. Az utóbbi két évben két terhességmegszakítást élt át. A nyilvánvalóan fél a kapcsolatoktól, ahogy ezt meg is fogalmazza, és ennek keresi az okát.

Gyermekkoráról nyíltan vállalja a kellemetlen emlékeket: az apa a szakmai útjai miatt gyakran volt távol a családtól, idővel aztán tartósan távol maradt, az anya elbizonytalanodott, majd depressziós lett. Az anya számára ismert volt, hogy az apának szeretői voltak. Az anya már a terhesség alatt megbetegedett, A. egy vesével született.

A párkapcsolatok és a szexualitás külön területet alkotnak a problémák között. A kapcsolataira különösen jellemző, hogy rövidek, a férfiak addig fontosak a számára, amíg női önérzetét erősítik.

A pszichodinamikai hipotézisből: központi problémaként fogalmazom meg az önértékelési zavart, amely a nőiséget nem engedi megélni. Az önértékelési zavar gyökerét az anya-lány kapcsolat terhelt mivoltában látom, mert a korai anya-gyerek kapcsolatot komoly megterhelések (prenatális komplikációk, anya depressziója) érték.

Az anya a házasság terén negatív tapasztalatokkal rendelkezik, amelyeket a lányának is közvetít.

A páciens hiánya, maga az elég jó anyai gondoskodás és az apáról szerzett pozitív tapasztalatok. Feltételezésem szerint A. erősebben azonosul az apával, aki önállóan vezette az életét. A. is aktív és sikeres a munkája területén, azonban megmaradt benne a vágy a kapcsolati kötődések iránt.



9. kép

A. testképszobra, kevert szorongásos depresszív panaszokkal

A. a testkép-szobor felvételekor (9 .kép) nyolchetes terhes.

A testkép-szoborhoz kapcsolódó interjú heves érzelmeket vált ki A.-ból. Egyrészt örömmel fogadja, hogy jobban sikerült a szobor, mint amire számított, másrészt sírva fakad, amikor a megalkotott figurát („fiatalos, tavaszias”) összességében és a mellkas, hastájék („békés és nőies”) körül írja le.

A szobor azt a gondolatot erősíti bennem, miszerint egy anya akkor roskad össze, amikor érzelmileg szétszakad. Összeroskad, mert elveszíti magát. Olyan anya, aki gyermeknek érzi magát, mert az összeroskadást a fenyegetésnek megélt krízis (terhesség) idézi elő.

Azt érzem, hogy törékeny és naiv, alapvetően bizonytalan a saját női értékeit illetően.

A. terápiájában a testkép-szobor azt a célt szolgálta, hogy a nem átlátható és a szavakkal nem kifejezhető érzések megjelenítésével potenciálisan megsegítette az éntranszparencia fejlődését.

A terápiát a továbbiakban megtámogatta az a feltevés, hogy a testkép hiányzó koherenciájának emocionális következményeivel foglalkoztunk, amely segítette a női test értékvesztésének megértését.

Ebben többek között arra jutottunk, hogy A. női lénye alig tud létezni, ő pedig szégyelli ezeket a hiányokat. Mintha a rövid és egymást követő férfikapcsolatai adhatnák csak vissza a saját elevenségét önértékelésének stabilizálásához.

Néhány üléssel később az abortuszról visszatérve élményeiről kevés összefüggő beszéd tartalommal viszonylag kifejezéstelenül számol be. Nehezen követhető és gyorsan elfáradok a követésében, mert nem annyira élőnek, inkább gépiesnek hallom őt. Felfigyelek kezeinek kifejező és élénk játékára, amit könnyebben tudok figyelni, mint a beszédét. Hol kellemes, hol fárasztó nézni ezt a változatos játékot. Kezei egymásba kulcsolódnak, ujjai egymás mellett pihennek meg egy-egy pillanatra, amely egy harmonikus képet közvetít a számomra, majd hirtelen váltással fájdalmat mutatva görcsös összefonódásban maradnak az ujjai. Amikor ujjai egymásba fonódnak, megnyugtatónak érzem a pillanatot, amelyben vagyunk, ugyanakkor valami aggodalom is vegyül ebbe a pillanatba. Harmónia és diszharmónia váltakozásának ambivalens minőségét érzem a páciens részéről. Arra gondolok, hogy tudatában van annak, hogy elvesztette önmagát, és kifejezéstelen tekintete mellett a kezeivel kér, hogy segítsék.

Elakadnak a szavak, túlságosan elveszett ahhoz, hogy magától kérjen testi segítséget.

Tudatom vele, hogy a kapcsolatot önmagához abban keresi, hogy saját magába igyekszik kapaszkodni, és ezzel utal rá, milyen kapcsolati formát nem tudott régen megélni.

Itt felajánlom neki, hogy általam kapcsolatba kerülhet saját magával, azáltal, hogy kezeink közeledhetnek és kapcsolódhatnak egymással, mindezt abban a tempóban, ami neki jólesik.

A közeledő mozdulatok ritmusából érzem, hogy nem találja magát, nincs személyes ritmus. Amikor ujjai az enyémet érintik, élettelennek érzem az érintést. Átélem az élettelen érintésből fakadó üzenetet: a viszontátvétel a rideg és mérhetetlen távolság érzését közvetíti, de kezdem tartani a kezét a kezeim között. Eltelik valamennyi idő, mialatt kezeibe költözik az „élet”. Kifejezéstelen tekintete lassan felenged, és lassan megszólal: „most jól érzem magam”. Egy nagyobb sóhajtás után légzése nyugodtabb ritmus követ. Jelenlétéből saját tempóját követve, lassan felszívódik az elveszettség érzése, és az elevenség érzése költözik fokozatosan a helyére.

A testi megjelenítés, amit tudattalanul cselekedett és élt meg, nyitotta meg az utat önmaga felé. A keze volt önmaga szimbóluma, amelyet az anyai gondoskodás hiánya miatt veszített el.

Az érintés erejéről több bioenergetikai szerző és egyre több testpszichoterápiás tapasztalattal dolgozó analitikus munkájában is olvashatunk. Egyre többen rendelkezünk nonverbális technikákkal szerzett tapasztalatokkal, amely alapján tudjuk, mit érez az ember, akit tenyerünkkel érintünk. Van, akinek képzetek, olykor szavak közvetítik a másik személy érzéseit, mintha a tenyérben egy radar működne. Mivel a kezek nem csupán kapják, de adják is az üzeneteket, az ilyenkor érzékelhető, nem tudatos szorítás, erő, időtartam és bőrhőmérséklet közvetíti leghitelesebben az üzeneteket. A védelmet közvetítő kezek képesek megnyugtatni és lecsillapítani a fájdalmat, és látjuk, hogy az érintéshez alapvetően az érzés és a tapasztalás kölcsönössége szükséges. Ez alany és tárgy kölcsönhatása. Ha érintek, azzal önmagamat is érzékelem az érintésben.

A korai sérülés miatt az interakcióból korán kiesett én törekénységében és sérülékenységében további védelmet, megerősítést igényel: önmagával való találkozáskor egy másik személyre van szüksége, aki átmenetileg egy védőburkot jelenít meg a számára.

Az analitikus munka során megjelenő viszontáttételi élmény az, ami az analitikus figyelmét a páciens nehézségei felé fordítja. Itt fontos kiemelni, hogy a testi ráhangolódás során vagyunk leginkább képesek arra, hogy felismerjük a páciens igényeit, hogy melyik az a pillanat, amelytől bekövetkezik egymás kölcsönös felismerése, amelytől a páciens partnerként tud részt venni a kapcsolatban.

„Amikor e jelen pillanat megosztott tapasztalássá válik, megnyílik a lehetőség, hogy együtt más irányba mozduljunk el” (Vermes, 2012, 54).

Itt fontos hangsúlyoznom, hogy nagymértékben elősegítette a haladást a terápiás munkánkban, hogy partnerként vettem részt a jelenet szimbolizálásában, és ezzel együtt a megélés szavakba foglalásában. Mivel a szimbolizációra való képesség korai zavarok esetében gyakran sérült, ebben az esetben egy másik csatornán történő munka, a festés és a szoboralkotás útján történő megfogalmazás oldotta fel a továbbiakban a szavakkal történő kifejezés nehézségét.

4.6.2. „Szavak nélkül”

A test és lélek elválasztásának megfigyelése értékes vizsgálódási terület a korai zavarban szenvedő és a borderline pácienseknél, hiszen gyakran mélyen és tudattalanul él bennük a vágy, hogy ismét elevenné és egészszé váljanak, amely sok esetben mély rezignációval kapcsolódik össze, mert ez sokszoros kísérletezésük ellenére sem jár sikerrel.



10. kép

**53 éves, borderline személyiségzavarral rendelkező férfibeteg
a terápia lezáró szakaszában született testkép-szobra**

53 éves borderline személyiségzavarral rendelkező férfi páciensemmel egy ülésünk alkalmával azzal a gondolatával dolgoztunk, hogy miért nem képes előre haladni. Egymással szemben azonos testpozícióban ülve, légzésünkkel egymásra hangolódva és szemkontaktust tartva a lábfejeket közelítettük egymáshoz, olyan módon, hogy azok csak nagyon lassan értek össze. „Most nem kell beszélniünk” – szólalt meg egy hosszabb

kilégzést követve. Egy, másfél perc múlva szólt ismét: „Nem tudom, most kell-e bármit is mondanom”.

Arcmimikám, alapvetően a tekintetem segítségével jeleztem, hogy nem szükséges, ha nem szeretné. Újabb egy-két perc elteltével jelezte, hogy nem szavakkal írná le, amit érzett, hanem megmutatná a kezével. Két hüvelykujjával a két kézfejét összekapcsolva a mutató és középső ujjakkal ritmusos lépegetésbe kezd a mellettiünk lévő kis asztal felületén (ameddig az asztal szélessége engedi), majd egyre gyorsabb tempóban, és újra az asztal szélétől kezdve egy közepesen kiegyensúlyozott tempóban megállapodva halad. Valamennyi idő elteltével:

„...mint két személy, aki eddig tétován állt, most halad...”

Tapasztalataim szerint borderline páciensek esetében a hasadtság kiemelése fájdalmas folyamat lehet, mert a tudatos és a tudattalan emlékek, amelyek hasadtságot eredményeznek, elkerülhetetlenül felidéznek a fájdalmat. Ez a fájdalom akkor lesz elviselhető a páciens számára, ha terapeutaként együttérző maradok, és a jóindulatomat viselni tudom. Ez a felismerés vezetett arra, hogy szavak nélkül maradjunk a folyamatban. Továbbá az érzés, hogy páciensem önmaga képes érzékelni, hol vannak múltja beteg pontjai. Természetesen a szavak nélküli munkát egy párbeszéd követte, ahol analitikus úton kezdtük feldolgozni a megélt eseményeket. Ez a rövid, ám jelentőségteljes szcena egy fontos gondolatot segített felidézni bennem, amely Mosertől származik: „néhány enactment kommentár nélkül nyugodtan lesüllyedhet a tudattalanba, ahol eleven alapot fog képezni a további élethez” (Moser, 2007, 297). Ez azt jelentheti, hogy ha bizonyos dezintegrált állapotokban a testnek kell átvennie a feladatot, hogy megvédje a magát, akkor a testtel folytatott, szavak nélküli közös munka megtartó terápiás kapcsolat keretében átveheti a védelmező funkciót. A testi dimenzió beemelése a terápiás folyamatba különösen fontos a borderline páciensek esetében, akik gyakran megkérdőjelezzik saját testük minőségét és adott esetben annak alapvető létezését.

A fenti esetpéldák azt mutatták meg a számomra, hogy a verbális terápia során biztonsággal támaszkodhatok a test bevonása nyújtotta lehetőségekre, vagyis a testi megjelenítésre, amelyek által elemezhetővé és feldolgozhatóvá válnak a szavakkal nem kifejezhető testi epizódok. Bár a pszichoanalízis a gyakorlatban óvatosan kezeli a testi kommunikáció kérdését, mégis összességében az a tapasztalat fogalmazódott meg bennem, hogy a testi megjelenítések a nem átlátható dolgok megjelenítésével

potenciálisan képesek a transzparencia minőségét javítani. Mivel a testi megjelenítés pszichodinamikailag láthatóbbá teszi a fizikai és lelki szenvedéseket, arra a következtetésre juthatunk, hogy különböző megjelenítésekben és testi rendezésekben (inszcenáriókban) kell megmutatni és megtapasztalni önmagunkat. Önmagunk megjelenítésére azért van szükség, hogy képesek legyünk a saját cselekedeteink okozati összefüggésben történő megtapasztalására, amely ezekben a testi megjelenítésekben és ezáltal a tetteinkre adott relációkban fogalmazódik meg.

Az áttétel során olyan kapcsolatot rendezünk meg, amelyet közösen tudunk megérteni. Azonban úgy tűnik, hogy az áttételi kapcsolatot a testköziség fogalma nélkül nem tudjuk megérteni. Küchenhoff éppen ezért a terápiás találkozás performatív többletét emeli ki: „performancián Jacques Derridával egyetértésben nem egy előre tudatosított, öntranszparens alany cselekvési módját értem, nem csupán nyelvi szabályok alkalmazását, hanem a cselekvés általi szubjektív önkifejezést, amely cselekvés szükségszerűen a testhez kötött” (Derrida, 1976/1972; Küchenhoff, 2012, 156).

5. KONKLÚZIÓ

5.1. A TESTPSZICHOTERÁPIÁK FEJLŐDÉSÉNEK TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉSÉBŐL LEVONT TANULSÁGOK

A történeti áttekintésben arra törekedtem, hogy átfogó képet rajzoljak a testpszichoterápia német nyelvterületen induló fejlődéséről, elismerve a jelen azon törekvéseit, amelyek a testpszichoterápiás kezdeményezések irányába hatnak, beleértve ezeknek a kezdeményezéseknek a hangsúlyos jelenlétét a klinikai gyakorlatban, az analitikus ülések során. A történeti áttekintésem arra az alapra építkezik, amely nemcsak Wilhelm Reichet, Ferenczi Sándort és Georg Groddecket, a testpszichoterápiás gyakorlat kiemelkedő alakjait kívánja az őket megillető helyre helyezni, hanem kiemeli Elsa Gindler és Lábán Rudolf munkásságának jelentőségét is. Ezzel a történeti áttekintéssel elismerjük, hogy Elsa Gindler, Marianne Fuchs és Lábán Rudolf Reich, Groddeck és Ferenczi után a testorientált gyakorlati kezdeményezések legkorábbi elindítói voltak, és munkásságukkal az új test-lélek értelmezéshez jelentősen hozzájárultak. Jóllehet Ferenczi Sándor nem alapított testpszichoterápiás irányzatot, kifejezett érdeme azonban, hogy teret adott az analitikus testpszichoterápiás iskola indulásának.

A külön utakat járó Reich kutatásainak és életének középpontjába helyezte a „Mi az élet?” kérdést. Ez az alapvető kérdés, mint vitalitás forma az 1930-as évektől, ahogy láttuk, a német expresszív pszichológiának is a fókuszába került. Míg Reich egyszemélyes pszichológiai hagyományát az egyénen belül lejátszódó érzelmi és energetikai folyamatokra koncentrálni folytatta, amely a páciens testpáncélját megnyitó gyakorlatokba torkollott, addig Ferenczi a gyakorlatban következetesen a kétszemélyes pszichológiát képviselte. Munkásságában a kölcsönösség vált a leghangsúlyosabbá: a csere kölcsönössége és a terápiás intervenciók következetes tárgyalása, amelyben a csere modelljeként a csecsemő és a gondozó személy között megjelenő korai testi-érzelmi interakció szolgál. A történeti áttekintés összefoglalásával elmondhatjuk, hogy a testpszichoterápiák és azon belül az analitikus testpszichoterápiás irány mind a pszichoanalízis előzményeihez, mind a kötődés- és affektuskutatás előzményeihez nyúl vissza, különösen Stern elméleteihez kapcsolódva.

Mindezzel együtt körvonalazódni látszik, hogy a testpszichoterápiák fejlődésének történeti keretben való elhelyezésével a testpszichoterápiák területén megjelenő

analitikus testpszichoterápia, mint új irányzat, jelenleg egy jól körülhatárolható és specifikus teret képvisel.

5.2. AZ ATP FENOMENOLÓGIAI ELHELYEZÉSÉBŐL NYERT KÖVETKEZTETÉSEK

A konkrét testi tapasztalatoknak a jelen pillanatban való megélése, amely a terápiás folyamatnak csak a kisebbik részét alkotja, a páciens megélésében mégis kiemelt jelentőséggel bír. Ez azt jelenti, hogy a testi tapasztalatok, amelyek a terápiás folyamatban történő csere során szinte láthatatlanok lehetnek, mégis a tapasztalati folyamatnak egy jelentős részét képezik. Ezért az ATP fenomenológiai elhelyezésben és az analitikus pszichoterápiákhoz való viszonyulásának bemutatásában arra törekedtem, hogy elsősorban azokra a kapcsolati folyamatokra hívjam fel a figyelmet, amelyeket tudattalan konfliktushordozó dinamikájukra tekintettel kell értelmezni, valamint a páciens életének aktuális kapcsolatait az „itt és most”-ban, sterni terminológiában prereflexív tartományban, a testi áttételi és viszontáttételi munka keretében kell feldolgozni. Ezeknek a tapasztalatoknak a kibontása és megosztása képezi a terápiás folyamat értékét, amely által az ATP, mint testpszichoterápiás irányzat fenomenológiai megközelítésben elhelyezhető.

Merleau-Ponty fenomenológiai megközelítése annyiban válik számunkra jelentőssé, hogy kiemeli: a test, mint pszichés entitás, közvetítőként a lélek és a szellem között, saját nyelvvel rendelkezik. Tapasztalataink alátámasztják, hogy a testileg megnyilvánuló jelenségek alig fejezhetőek ki nyelvileg, legbensőbb tapasztalataink a szavakon túl születnek. Ebből adódik az eleven gyakorlati tudás szükségessége a „fenomenológiai testiségre” vonatkozóan (Merleau-Ponty, 1984/1966). A testiségre vonatkozó tapasztalatok azt mutatják, hogy az elmélet a fenomenológiai testiséghez nem tud többet hozzáadni, hanem annak belső természetét eltorzítja, ha a test a gondolkodás témájává válik. A terápia kontextusában megtapasztalható lényeges változást kifejezve: a változás előtt a páciens maga volt a test, egy veszteségek által sebezhető test, a változással azonban az „itt és most”-ban rendelkezik egy testtel. Ez azt jelentheti, hogy a test és a beszéd, mint tudatos eszköz jelenik meg a terápiás kapcsolatban, és ezáltal magában a terápia folyamatában a legbensőbb tapasztalatok árama és formálódása az életmozzanatok egymásra hangolódásával válhat követhetővé.

Az ATP képviselői szerint bizonyos dialektika mindig fennáll az érzelmi tapasztalatokra történő alapozás és a reflektáló értelem között, így a verbális és a testi

élményanyag feldolgozása, illetve ezek viszonya ma meghatározó témája az analitikus testpszichoterápiának az analitikus pszichoterápiákhoz való viszonyulásának tárgyalásában.

Bár eltérő kifejezésekkel, de azonos – mégpedig a M. Merleau-Ponty és E. Lévinas által lefektetett – alapokkal bírnak Geißler és Stern elméletei. Mindketten ugyanarra a következtetésre jutnak, miszerint a testtel való bánásmód és kapcsolat kiinduló alap az interszubjektív-relációs pszichoanalízis irányzatában. (Merleau-Ponty szerint a szubjektivitás a testalanyba vagy a megélt testbe való áthelyezése révén hoz változást, míg Lévinas a másikkal való találkozás élményét emeli ki.) Alább vázlatosan bemutatom a Peter Geißler és a Daniel Stern által képviselt irányzatok kapcsolódásait, rámutatva így arra, mely pontokon épített Geißler Stern elméletére.

Peter Geißler

Annak megfigyelése, hogy milyen „intuitív Gestalt” jelenik meg a megfigyelhető, mulandó pillanatban.

Mikrovizsgálatok az „itt és most”-ban: a páciens bevonása a terápiás dialógus produktív formáiba a mikropraktikák segítségével.

„Szabad mozzanatok játéka”: A terápia alapja egy folyamatos együttmozgás, amely egy bizonyos terápiás atmoszférát hoz létre. Ez a kezelés minden pillanatában jelen van, és ezen keresztül alakul egy változási tapasztalat (ez alatt Geißler a hang, a mozdulatok és a légzés illeszkedését érti).

Geißler Stern modelljéből kiindulva hangsúlyozza, hogy a testi tapasztalat a konkrét interakcióban a létérzékelés középpontjává válik. Stern a vitalitás-affektusok szerepét egyértelműen kiemelte az affektív hangolódásban, de azt, hogy az egymásra hangolódás egy olyan ívet alkot, amely által a résztvevők testi dialógusában is kicserélődnek a belső élményeik, Geißler erősítette meg.

Daniel Stern

A jelen pillanat kivételes jelentősége, az „itt és most” átélése és megosztása, mint a terápia legértékesebb eleme.

Az „itt és most” tapasztalatok mikroelemzése: a jelen pillanat tudatosulása a terápiás figyelem fókuszában.

A megosztott pillanatban visszacsatolt kör keletkezik páciens és terapeuta között (közös légzés, a hang és a mozzanatok illeszkedése).

„Vitalitás-affektusok”: mint a jelen pillanat szerveződési mintái a szelf elemi érzetének öntőformái, amelyek asszociatív hálóba szerveződnek.

5.3. A TESTKÉP-SZOBOR TESZT, MINT ADJUVÁNS TERÁPIÁS ESZKÖZ ALKALMAZHATÓSÁGÁBÓL LEVONT KÖVETKEZTETÉSEK

Az analitikus testpszichoterápia, mint kiegészítő egyéni terápiás forma került a vizsgálat fókuszába, és a testkép-szobor teszt, mint a terápiát támogató eszköz alkalmazhatóságát vizsgáltam az analitikus pszichoterápiák körében.

Freud joggal utalt rá (1923), hogy az én megélése összefügg a test határaival. Számomra kiinduló alapgondolatként szolgált, hogy az ént eredetileg mint testi ént értelmezte. A vizsgálat abból az elgondolásból indult, hogy azokban a pszichopatológiai esetekben, ahol fenyegetett az én megélése, a testtel való fokozott törődés komoly esélyt adhat az énkoherencia újraalkotásához. A testköziség és a testi megélés interperszonális vonatkozásának jelentőségét hangsúlyozva elmondható, hogy a test megértéséhez a testkép vizsgálata azzal járulhat hozzá, ha a testet nem csupán, mint szöveget próbáljuk megérteni, hanem ha testileg kerülünk közelebb egymáshoz. Mivel a személyiség szervezettségi szintje is a legkorábbi taktilis élményekből vezethető le, erre az összefüggésre éppen a testképpel foglalkozó kutatások mutatnak rá, arra építve, hogy a testrepresentációk az interakciós tapasztalatok lecsapódásai.

Feltételezésem szerint a testkép negatív bevésődéseit és a testkép hiányos koherenciáját a testpszichoterápiás módszerek jelentősen befolyásolni tudják. A saját énkép fenyegető töredezettsége befolyásolható és helyreállítható a saját testre ható gondoskodással. Ezek a feltételezések, ahogy a testkép mai pszichoanalitikus megközelítései között tárgyaltam, Reich tanárának, Paul Schildernek és Lacan tanítványának, Françoise Doltonak a munkáira vezethetők vissza, aki a testképet dinamikus kontextusban értelmezte, és Ferenczihez hasonlóan humanista terápiás attitűddel kezelte.

Mivel a test mibenléte hipotézisem szerint leginkább a testkép formájában ragadható meg, így a kutatás alapját is az a gondolat képezi, amely szerint a testpszichoterápiák a nonverbális, a test megéléséhez, a testélményhez köthető képzeteket tekintik a terápiás munka alapvető kiindulópontjának.

A testkép-szobor pszichoterápiás alkalmazásából nyert tapasztalatok megerősítették, hogy a testkép pszichoanalitikus perspektívából szemlélve interszubjektív természetű. A saját test képe kezdettől fogva a korai interakciós mintákból és a másik testének identifikációjából, valamint a testi tapasztalatok

folyamatos formálódásából származik, a testi tudatosság háromdimenziós térbeli képe is a taktilis, kinesztéziás és vizuális nyersanyagaink alapján konstituálódik.

A testkép-szobor teszt, mint taktilis propioceptív terápiás eszköz a terápiás folyamatban differenciáltabb képet ad az énkonzisztencia mértékéről. Mind a pszichotikus páciensekkel végzett vizsgálat, mind az egyéni analitikus ülésekből kapott betekintések alapján láthatóvá vált, hogy a megélt testkép ösztönimpulzusaink térképeként értelmezhető. Ebben az értelemben a szoboralkotás, mint kézjegy vagy mint aláírás jelenik meg előttünk, amely kevésbé a szituatív pillanat, mint inkább a Gestalt időtlensége által karakterizálható. Tapasztalataim szerint a figurák megformálásának folyamatában a testi élmények, a traumák és a megélt hiány válik átélhetővé és végül megfoghatóvá. Ezáltal válik lehetővé, hogy tudattalan fantáziák, asszociációk, szorongások és emlékek kerüljenek a felszínre, a tudattalan impulzusok a test által mobilizálhatóak és a másodlagos nyelvi szimbolizációs folyamatokban elérhetőek legyenek. Katartikus élmények válódhatnak ki, amelyek által a testi tér megfogható és szimbolizálható lesz.

A testképvizsgálat alapvetően a pszichotikus páciensek és más betegcsoportok testkép-szobrai által nyert terápiás tapasztalatokat igyekezett összefoglalni. A terápiás keretben láthatóvá vált a tudatosság mértéke, a leválás, a reprezentatív ismétlés szabadságfoka, a reprezentatív háló, a szemiotikai funkció, amelyek testorientált kontextusban utalnak a személyiség strukturáltságának fokára. A saját testre fordított figyelemmel és fokozott odafordulással tehát befolyásolható lesz az énkép széttöredezettsége.

A terápia folyamatában a testkép-szobor teszt tehát egy olyan kiegészítő terápiás eszköz, amely segítségével a testi én, a test egységének a megtapasztalása, valamint élménye megjeleníthető és megfogalmazható, indirekt módon az én-identitás és énkonzisztencia formálásának a szolgálatába állítható.

A terápiák során nyert tapasztalatok és következtetések alapján a következő irányokba lehetne folytatni a testkép differenciálódásával kapcsolatos vizsgálódást:

1. A teszt alapján nyert testkép mennyire strukturált? (Mennyire komplex vagy tagolt a testi énkép?)
2. A testi megélés milyen mértékben tekinthető vitálisnak? (Milyen mértékben lehet pozitív érzelmeket megélni vagy felhalmozni ebben a testi állapotban?)
3. Hogyan lehet a testre és a testen belülre irányítani a figyelmet?

Mindazzal együtt, hogy remélem, dolgozatom inspirációt ad majd további kutatóknak a fenti kérdésekre választ keresni, összességében a testkép-szobor tesztet, mint terápiás eszközt a terápiás folyamatban alkalmazni tudtam, és mint alkotást, a testi dialógus katalizátoraként vontam be a testkép vizsgálatába. További célként fogalmazódhat meg az empirikus munkában, hogy a szkizofrén és a borderline betegcsoportokon kívüli alkalmazhatóság is bemutatásra kerüljön.

Az ATP gyakorlatából nyert következtetések

Betegvezetés szempontjából azért tartom kiemelkedő jelentőségűnek a testpszichoterápiák kiegészítő szerepét, mert a módszer fókuszába elsődlegesen a testpercepció, a testemlékezetben archivált saját testi tapasztalatok feldolgozása kerül.

A csoportos testpszichoterápiák alkalmazása során mindvégig olyan kifejezési formákra helyeztem a hangsúlyt, amelyek magukban foglalnak koncentratív mozgásterápiás, relaxációs receptív és aktív művészetterápiás elemeket, utalva ezzel ennek a terápiás megközelítésnek a multimodális és integratív jellegére.

Az egyéni esetpéldák mikropraktikáin át bemutatott terápiás megközelítéssel a mai kortárs analitikus testpszichoterápiához hasonlóan az áttételi és viszontáttételi folyamatok testnyelven történő analitikus értelmezését kíséreltem meg.

A mikropraktikák gyakorlatának bemutatásával azt a gondolatot kívántam megerősíteni, amely szerint a testi én fejlődése és a testi énhez vezető kapcsolat megteremtése az analitikus testpszichoterápia egyik központi feladata. Az esetpéldákon át láthatóvá vált, hogy a korai kapcsolatokban sérült és az énstruktúra zavaraival küzdő páciensek a testkép-szobor és a mikropraktikák alkalmazásával kiemelkedő esélyt kapnak arra, hogy reálisan egészséges önfogadást fejlesszenek saját testük vonatkozásában.

VÉGKÖVETKEZTETÉS

A történeti áttekintés során kiderült, hogy a testpszichoterápiák és azokon belül az analitikus testpszichoterápiás irányzat egyaránt támaszkodnak a pszichoanalízis és a kötődés- és affektuskutatás előzményeire is, különösen Stern elméleteihez igazodva. A történeti áttekintéssel az is megfoghatóvá vált számunkra, hogy az analitikus testpszichoterápia a testpszichoterápiák történeti fejlődésében, mint új irányzat, jelenleg egy jól körülhatárolható és specifikus területet képvisel.

Az ATP fenomenológiai elhelyezésében és az analitikus pszichoterápiákhoz való viszonyulásának bemutatásában arra a következtetésre jutottunk, hogy elsősorban azokra a kapcsolati folyamatokra érdemes felhívni a figyelmet, amelyeket tudattalan konfliktushordozó dinamikájukra tekintettel kell értelmezni. Vagyis a páciens életének aktuális kapcsolatait az „itt és most”-ban, storni terminológiában prereflexív tartományban, a testi áttételi és viszontáttételi munka keretében kell feldolgozni. Ezeknek a tapasztalatoknak a kibontása és megosztása képezi a terápiás folyamat értékét, amely által az ATP, mint testpszichoterápiás irányzat, fenomenológiai megközelítésben elhelyezhető.

A testköziség és a testi megélés interperszonális vonatkozásának jelentőségét hangsúlyozva elmondható, hogy a test megértéséhez a testkép vizsgálata azzal járulhat hozzá, ha a testet nem csupán mint szöveget próbáljuk megérteni, hanem ha a páciens és a terapeuta testileg kerül közelebb egymáshoz. Mivel a személyiség szervezetségi szintje is a legkorábbi taktilis élményekből vezethető le, erre az összefüggésre éppen a testképpel foglalkozó kutatások mutatnak rá, arra építve, hogy a testrepresentációk az interakciós tapasztalatok lecsapódásai.

A dolgozatban részletesen bemutatott testkép-szobor tesztet, mint terápiás eszközt, a terápiás folyamatban alkalmazni tudtam, és mint alkotást, a testi dialógus katalizátoraként vontam be a testkép vizsgálatába. Különösen fontos célja volt a dolgozatnak, hogy a testkép-szobor teszt alkalmazhatóságát klinikai perspektívában elhelyezve vizsgálja. A kapott részeredmények további hasonló tárgyú kutatások alapját képezhetik.

A dolgozat azt az üzenetet is hordozza, hogy a pszichoanalízis történetében tapasztalt interszjektív fordulat és a pszichoterápiás gyakorlatban megjelenő interszjektív megközelítés hangsúlyos jelenlétében benne rejlenek a testpszichoterápiás technikák alkalmazásának a lehetőségei. A testpszichoterápiák és az analitikus testpszichoterápiás

irányzat nyújtotta lehetőségeket a pszichoanalízis határain belül értelmezve két kérdést érdemes tovább gondolnunk: A test a maga valóságában miben nyújt segítséget a pszichoanalitikus technikának? Mivel a pszichoanalitikus megközelítésben szimbolikus tartalmakkal dolgozunk, hogyan viszonyul az adott szimbólum a mindenkori testi szenvedéshez és elfogadáshoz?

Úgy érzem, a fenti kérdések megválaszolásához a testképkutatásban rejlő lehetőségek vizsgálatával és az analitikus testpszichoterápiás technikák alkalmazásával nyert tapasztalatok jelentősen hozzájárulnak.

IRODALOM

- Adler, A. (1974/1920): *Praxis und Theorie der Individualpsychologie: Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer*. Frankfurt/M., Fischer.
- Adler, A. (1996/1933): *Életünk értelme*. Kossuth Könyvkiadó, Budapest.
- Anzieu, D. (1991): *Das Haut-Ich*. Frankfurt/M., Suhrkamp.
- Arnim, A. von (1993): Die Entscheidungsgeschichte der subjektiven Anatomie. *Fundamenta Psychiatrica*, 8: 196–203.
- Arnim, A. von, Joraschky, P., Lausberg, H. (2007): Körperbild-Diagnostik. In: Geißler, P. & Heisterkamp, G. (szerk.): *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie – ein Lehrbuch*. Wien-New York, Springer, 165–199.
- Ayres, J. (1961): Development of the Body Scheme in Children. *American Journal of Occupational Therapy*, 1: 99–128.
- Babusa B., Túry F. (2010): Izomdiszmorfia. In: Demetrovics Zs., Kun B. (szerk.): *Az addiktológia alapjai IV. Viselkedési függőségek*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Bálint M. (1997): *A borzongások és regressziók világa*. Budapest, Animula.
- Bálint M. (1994): *Az őstörés. A regresszió terápiás vonatkozásai*. Budapest, Akadémia Kiadó.
- Benedetti, G. (1983): *Todeslandschaften der Seele*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Berliner, J. (1998): Indikationen und Kontraindikationen für körperbezogene Interventionen in der Einzel- und Gruppentherapie. *Theorie und Praxis. Psychosozial*, 74: 61–76.
- Bernfeld, S. (2010): *Jugendbewegung und Jugendforschung. Schriften (1909–1930)*. Psychosozial Verlag, Giessen.
- Bleuler, E. (1911): *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, Wien, Deuticke.
- Boadella, D. (1990): Die somatische Psychotherapie. Ihre Wurzeln und Traditionen. *Energie und Charakter*, 21(1): 3–41.
- Boadella, D. (1991) *Befreite Lebensenergie. Einführung in die Biosynthese*. München, Kösel.

- Buchholz, M. (2007): Psycho-news-letter Nr.61. <http://www.dgpt.de/dokumente/psychonewsletters/PNL-61.pdf> (2012. 09.14-i állapot szerint).
- Cabré, L. J. M. (1999): Ferenczi Sándor hozzájárulása a viszontáttétel fogalmához. *Thalassa*, 10(1): 3–21.
- Cannon, W. B. (1927): The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39: 106–112.
- Ciampi, L., Bernasconi, R. (1986): Erste Erfahrungen mit einer neuartigen Milieuthérapie für akut Schizophrene. *Psychiatrische Praxis*, 13: 172–176.
- Damasio, A. R. (1996): *Descartes tévedése – Érzelem, értelem és az emberi agy*. Budapest, Adu-Print.
- Davis, M. (1997/1991): Guide to movement analysis methods. *Review. Behavioral Measurement Database Services*, PO Boks 110287, Pittsburgh PA USA.
- Derrida, J. (1976/1972): *Randgänge der Philosophie*. Frankfurt/M., Suhrkamp.
- Dietrich, S. (1995): *Atemrythmus und Psychotherapie. Ein Beitrag zur Geschichte der Psychosomatik und ihrer Therapien*. Bonn, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Medizinische Fakultät.
- Dolto, F. (1987/1984): *Das unbewusste Bild des Körpers*. Weinheim/Berlin, Quadriga.
- Dornes, M. (2002/1993): *A kompetens csecsemő*. Budapest, Pont Kiadó.
- Downing, G. (1996): *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München, Köselverlag.
- Downing, G. (2007): Wie man Psychotherapie mit schwierigen Patienten in Gang setzen kann. In: Geißler, P. & Heisterkamp, G. (szerk.): *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie – ein Lehrbuch*. Wien-New York, Springer, 555–584.
- Eckstaedt, A. (1989): *Nationalsozialismus in der „zweiten Generation“: Psychoanalyse von Hörigkeitsverhältnissen*. Frankfurt/M, Suhrkamp.
- Engel, G. (1977): The Need for a New Medical Model: A challenge for biomedicine. *Science (New Series)*, 196(4286): 129–136.
- Erdélyi I. (2010): Börünket a vásárra. A test a pszichoterápiában. In: *Mágikus és hétköznapi valóság. Tanulmányok a pszichoanalízis és a pszichodráma témaköréből*. Budapest, Oriold és Társai Kiadó, 99–114.
- Erős F. (1991): *Analitikus szociálpszichológia*. Új Mandátum, 142–147.

- Fehér P. (2010): „Geißler, Peter – Heisterkamp, Günter (szerk.): *Psychoanalyse der Lebensbewegungen*” Recenzió. www.analitikus-testpszichoterapia.hu (2012. 07. 12-i állapot szerint).
- Fehér P. (2011): Somato-Psychotherapeutische Möglichkeiten der Gegenwart in Ungarn. In: *Psychoanalyse und Körper* 10 (18). 109–113.
- Fehér P., Kecskés B. (2011): A testkép pszichoanalitikus megközelítése és a testkép-szobor teszttel szerzett diagnosztikai és terápiás tapasztalatok pszichotikus páciensekkel. In: *Pszichoterápia*, 20. évfolyam 4. szám, Mentalport, Budapest, 272–277.
- Ferenczi S. (1997/1928): A pszichoanalitikus technika rugalmassága. In: *Technikai írások (1921–33)*. Budapest, Animula, 57–70.
- Ferenczi S. (1971/1933): Nyelvzavar a felnőttek és a gyermek között. A gyengédség és a szenvedély nyelve. In: Buda Béla (szerk.): *A pszichoanalízis és modern irányzatai*. Budapest, Gondolat Kiadó, 215–226.
- Ferenczi S. (1982/1913): A valóságérzék fejlődésfokai és patológikus visszatérésük. In: Linczényi A. (szerk.): *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében*. Magvető, Budapest, 124–146.
- Ferenczi S. (1982a): Felnőttek „gyermekanalízise”. In: Linczényi A. (szerk.): *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében*. Magvető, Budapest, 410–433.
- Ferenczi S. (1996/1932): *Klinikai napló 1932*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Ferenczi S., Rank O. (2000/1924): A pszichoanalízis fejlődési céljai. Részlet. In: Erős F. (szerk.): *Ferenczi Sándor*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó, 105–111.
- Fonagy, P. (2004): Das Versagen der Mentalisierung und die Arbeit des Negativen. In: Rhode, Ch., Dachser, F. Wellendorf (szerk.): *Inszenierung des Unmöglichen*. Freiburg, Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Target, M. (2006): *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*. Budapest, Gondolat Kiadó.
- Freedman, N. (1972): The Analysis of Movement behavior during the clinical interview. In: Siegman, A. W., Pobe, W. (szerk.): *Studies in Dyadic Communication*. New York, Pergamon.
- Freud, S. (2003/1914): Emlékezés, ismétlés és átdolgozás. In: *Válogatás az életműből*. 389–397. Ford.: Gábor Ida; vál., előszó, bibl. összeáll.: Erős F. Európa, Budapest.

- Freud, S. (1998/1895): *A Farkasember. Klinikai esettanulmányok II.* 1998. SFM VII. (Erős F. sorozatszerk.) Filum, Budapest.
- Freud, S. (1991/1923): Az én és az ősvalami. In: *Az ősvalami és az én.* Budapest, Hatágú Síp Alapítvány.
- Freud, S. (1982/1938): A pszichoanalízis foglalatja. Ford.: Binét Ágnes. In: *SF: Esszék.* 407–474. Gondolat, Budapest.
- Fuchs, M., Müller-Braunschweig, H., Wiesenhütter, E. (1974/1989/1994): *Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmischen Atem.* Stuttgart, Hippokrates.
- Geißler, P. (1994): *Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse: im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration.* Frankfurt/M., P. Lang.
- Geißler, P. (2007): Entwicklungspsychologisch relevante Konzepte im Überblick. In: Geißler, P. & Heisterkamp, G. (szerk.): *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie – ein Lehrbuch.* Wien-New York, Springer, 99–164.
- Geißler, P. (2009): *Analytische Körperpsychotherapie.* Giessen, Psychosozial Verlag.
- Geißler, P., Heisterkamp, G. (2013): *Einführung in die analytische Körperpsychotherapie.* Giessen, Psychosozial Verlag.
- Gendlin, E. (1998): *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode.* München, Pfeiffer.
- Geuter, U. (1996): Körperbilder und Körpertechniken in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 41: 99–106.
- Geuter, U. (1997): Körper, Energie und Übertragung. Einige kritische Anmerkungen zu Peter Geißlers neuem Buch „Analytische Körperpsychotherapie“. *Energie & Charakter* 28: 16: 136–140.
- Geuter, U. (2000): Historischer Abriß zur Entwicklung der körperorientierten Psychotherapie. In: Röhrich, F. (szerk.): *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen.* Göttingen, Hogrefe, 53–74.
- Geuter, U., Schrauth, N. (1997): Wilhelm Reich, der Körper und die Psychotherapie. In: Fallend, K., Nitschke, B. (szerk.): *Der 'Fall' Wilhelm Reich. Beiträge zum Verhältnis von Psychoanalyse und Politik.* Frankfurt/M., Suhrkamp, 190–222.
- Gindler, E. (1926): Die Gymnastik des Berufsmenschen. *Gymnastik*, 1., 82–89; újranyomtatva (1991) Zeitler, P. (szerk.): *Erinnerungen an Elsa Gindler. Berichte, Briefe, Gespräche mit Schülern.* Uni-Druck, München, 48–57.

- Goldberg Von, Miriam (2002): *Über meine Therapie-Formel in der konzentrativen Bewegungstherapie*. Springer.
- Gräff, C. (1989): *Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis*. Stuttgart, Hippokrates.
- Groddeck, G. (1923): *Das Buch vom Es. Psychoanalytische Briefe an eine Freundin*. Leipzig-Wien-Zürich, Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Groddeck, G. (1931): Massage. In: Kretschmer, E. & Cimbald, W. (szerk.): *Bericht über den VI. Allgemeinen Ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Dresden*. Leipzig, Hirzel, 51–55.
- Groddeck, G. (1992): *Schicksal, das bin ich selbst*. Frankfurt-Berlin, Limes.
- Guderian, C. (2004): *Magie der Couch. Bilder und Gespräche über Raum und Setting in der Psychoanalyse*. Stuttgart, Kohlhammer.
- Hartmann, H. (1995): Grundbegriffe der Selbstpsychologie. In: Kutter, P., Paal, J., Schöttler, C. (szerk.) *Der therapeutische Prozess. Psychoanalytische Theorie und Methode in der Sicht der Selbstpsychologie*. Frankfurt, Suhrkamp, 23-36.
- Heisterkamp, G. (1993): *Heilsame Berührungen*. Pfeiffer, München.
- Heisterkamp, G. (2007): Praxis der Analyse seelischer Lebensbewegungen. In: Geißler, P. & Heisterkamp, G. (szerk.): *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie – ein Lehrbuch*. Wien-New York, Springer, 299–342.
- Heisterkamp, P. (1996): *Alfred Adler als Vordenker der intersubjektiven Perspektive in der Psychoanalyse*. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 21: 131–143.
- Heyer, G. R. (1931): Die Behandlung des Seelischen vom Körper aus. In: Kretschmer, E. & Cimbald, W. (szerk.): *Bericht über den VI. Allgemeinen Ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Dresden*. Leipzig, Hirzel, 1–9.
- Heyer, L. (1931): Gymnastik bei Neurosen und Psychosen. In: Kretschmer, E. & Cimbald, W. (szerk.): *Bericht über den 6. Allgemeinen Ärztlichen Kongress für Psychotherapie in Dresden*, Leipzig.
- Hüther, G. (2005): Mein Körper – das bin doch ich. *Psychoanalyse & Körper*, Nr. 7: 7–23.
- Hutterer, R. (1998): *Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität*. Wien-New York, Springer.

- Hutterer-Krisch, R. (1994): Historischer Abriß der Psychosen-Psychotherapie. In: Hutterer-Krisch, R. (szerk.): *Psychotherapie mit psychotischen Menschen* Wien-New York, Springer, 3–68.
- Jacoby, H. (1983): *Jenseits von „Begabt“ und „Unbegabt“*. Zweckmäßige Fragestellung und zweckmäßiges Verhalten – Schlüssel für die Entfaltung des Menschen. Hamburg, Christians Verlag.
- Jacobson, E. (1938): *Progressive relaxation*. Chicago, Chicago University Press.
- Joraschky, P. (1983): *Das Körperschema und das Körper-Selbst als Regulationprinzipien der Umwelt-Interaktion des Organismus*. München, Minerva.
- Kernberg, O. F. (1993): *Borderline szindróma és patológiás nárcizmus*. Párbeszéd Könyvek, Budapest.
- Kestenberg, J. (1975): *Children and Parents. Psychoanalytic Studies in Development*. New York, Aronson.
- Kestenberg, J. S. (1956): The Development of Maternal Feeliness in Early Childhood: Observations and Reflections. *Psychoanalytic studies of the child*, 11: 257–291.
- Kohut, H. (2001/1977): *A szelf analízise*. Budapest, Animula.
- Krietsch, S., Heuer, B. (1997): *Schritte zur Ganzheit: Bewegungstherapie mit schizophren Kranken*. G. Lübeck/Stuttgart/Jena/Ulm, Fischer.
- Krüger, A. (1993): Psychosomatischer Konflikt und integrative Gruppenpsychoterapie bei Psychosomatischen Erkrankungen (speziell bei Asthmabronchiale). In: Baumgärter, F. (szerk.): *Klinische Psychologie im Spiegel ihrer Praxis*. Bonn, Deutscher Psychologen Verlag.
- Küchenhoff, J. (2007): Körperinszenierungen. In: Geißler, P., Heisterkamp, G. (szerk.): *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie – ein Lehrbuch*. Wien-New York, Springer, 23–38.
- Küchenhoff, J. (2012): *Körper und Sprache*. Giessen, Psychosozial Verlag.
- Küchenhoff, J., Agarwalla, P. (2012): *Körperbild und Persönlichkeit. Die klinische Evaluation des Körpererlebens mit der Körperbildliste*. Wien-New York, Springer
- Kühn, R. (2007): Der unsichtbare Leib. Affektivität und Fleisch in phänomenologischer Sicht. In: Geißler, P. & Heisterkamp, G. (szerk.): *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie – ein Lehrbuch*. Wien-New York, Springer, 595–614.
- Kulcsár Zs., Kökönyei Gy., Rózsa S. (2004): A szomatizáció problémája a családorvosi gyakorlatban: 3. In: *Családorvosi Fórum*, 4(8): 44–48.

- Laban, R. v. (1920): *Die Welt des Tänzers*. Stuttgart, Seifert.
- Laban, R. v. (1926a): *Gymnastik und Tanz*. Oldenburg, Gerhard Stalling.
- Lábán R. (2008/1926b): *Koreográfia*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Laban, R. v. (1988): *Die Kunst der Bewegung*. Wilhelmshaven.
- Laban, R. v. (1947): with Lawrence, F. C. *Effort: Economy of Human Movement*. London, MacDonald and Evans. (4th reprint 1967).
- Lacan, J. (1993/1949): A tükörstádium mint az én funkciójának az alakítója, ahogyan ezt a pszichoanalitikus tapasztalat feltárja számunkra. *Thalassa*, 4(2): 5–11.
- Lacan, J. (1978/1964): *Die vier Grundbegriffe der Psychoanalyse*. Das Seminar, Buch XI. Weinheim/Berlin, Quadriga.
- Lénárd K., Tényi T., Simon M. (2003): A korai interszubjektív interakciók a projektív rajzvizsgálat tükrében. Az anya-gyerek rajzteszt. In: Kállai J., Kézdi B. (szerk.): *Klinikai pszichológia modern irányzatai*. Új Mandátum Kiadó, 97–113.
- Lévinas, E. (2006/1974): *A test és a másik tapasztalatának összefoglalása Merleau-Ponty és Lévinas filozófiájában*. L'Harmattan, Budapest.
- Lichtenberg, J. D. (1989): Modellszenen, Affekte und das Unbewusste. In: Wolf, E. et al (szerk.): *Selbstpsychologie*. München, Wien, Verlag Internationale Psychoanalyse, 73–106.
- Lowen, A. (1981): *Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik*. München, Kösel.
- Lowen, A. (1984): *Narzißmus. Die Verleugnung des wahren Selbst*. München, Kösel.
- Lowen, A. (1990): *Bioenergetik als Körpertherapie. Der Verrat am Körper und wie er wieder gutzumachen ist*. Bern-München-Wien, Scherz.
- Maaser, R. (1982): *Über das Körperbild bei Anorexia nervosa*. Diss. Phil. Universität Würzburg.
- Maaz, H. J. (2000): Definition analytischer Körperpsychotherapie. In: Stumm, G., Pritz, A. (szerk.): *Wörterbuch der Psychotherapie*. Berlin, Springer.
- Maaz, H. J., Krüger, A. (szerk.) (2001): *Integration des Körpers in die analytische Psychotherapie. Materialien zur analytischen Körperpsychotherapie*. Lengerich, Pabst Science Publishers.
- Marcel, G. (1986): Leibliche Begegnung. In: Petzold, H. (szerk.): *Leiblichkeit*. Paderborn: Junfermann: 15–46.
- Marlock, G., Weiss, H. (2006): *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart, Schattauer.

- Mentzos, S. (1992): *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Merényi M. (2004): Mozgás- és táncterápia. *Pszichoterápia*, 13: 4–15.
- Merleau-Ponty, M. (1984/1966): Az észlelés fenomenológiája. In: *A fenomenológia a társadalomtudományban*. Hernádi Miklós (szerk.) Gondolat, Budapest, 229–245.
- Mitchell, S. A., Black, M. J., (2012): *A modern pszichoanalitikus gondolkodás története*. Budapest, Animula Kiadó.
- Moser, T. (1989): *Körpertherapeutische Phantasien. Psychoanalytische Fallgeschichten neu betrachtet*. Frankfurt/M., Suhrkamp.
- Moser, T. (1992): *Studienbuch. Protokolle aus der Körperpsychotherapie*. Frankfurt/M., Suhrkamp.
- Moser, T. (1994): *Ödipus in Panik und Triumph. Eine Körperpsychotherapie*. Frankfurt/M., Suhrkamp.
- Moser, T. (2007): Über die Trennung von Körper und Seele. In: Geißler, P. & Heisterkamp, G. (szerk.): *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie – ein Lehrbuch*. Wien-New York, Springer, 291–298.
- Moser, T., Pessa, A. (1991): *Die Strukturen des Unbewussten*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Müller, P. (1991): Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen – historische Entwicklung, Effizienz und gegenwärtig Anerkanntes. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 59(7): 277–285.
- Müller-Braunschweig, H. (1996): Körperorientierte Psychotherapie. In: Adler, R. H., Herrmann, J. M., Köhle, K., Schonecke, O. W., Uexküll von, T., Wesiak, W. (szerk.): *Psychosomatische Medizin*. München-Wien-Baltimore, Urban & Schwarzenberg, 464–476.
- Naber, D. (1998): *Zur Wirkung von Neuroleptika auf das Körperleben in der Schizophrenie*. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, Hogrefe.
- North, M. (1990): *Personality Assessment Through Movement*. Worcester, Billing & Sons.
- Orbach, (2006): How can we have a body? Desires and corporeality. *Studies in Gender and Sexuality*, 7: 89-111
- Pankow, G. (1962): Das Körperbild bei einem entwurzelten Wahnkranken. *Psyche*, 16(7): 440–463.

- Péley B. (2003): A játék szerepe a külső és belső valóság szerveződésében. In: Kállai J., Kézdi B. (szerk.): *Új távlatok a klinikai pszichológiában*. Budapest, Új Mandátum Kiadó, 44–66.
- Pesso, A. (1986): *Dramaturgie des Unbewußten. Eine Erführung in die psychomotorische Therapie*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Petzold, H. (1988): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. *Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. Bd. 1 und 2. Paderborn, Junfermann.
- Pfitzner R. (2005): *Kalandozásaim Ferenczi nyomában, Egy „hazajáró” pszichoanalitikus gondolatai*. Budapest, Animula Kiadó.
- Piaget, J. (1999/1962): *Szimbólumképzés a gyermekkorban – Utánzás, játék és álom: a kép és ábrázolás*. Ford.: Mérei F. P. Hungarno / Kairosz Kiadó.
- Pikler Emmi (1969): *Adatok a csecsemő mozgásának fejlődéséhez*. Budapest, Akadémiai Könyvkiadó.
- Plessner, H. (1965/1928): *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie*. Berlin – Leipzig, Suhrkamp.
- Pokorny, V., Hochgerner, M., Cserny, S. (1996): *Konzentrative Bewegungstherapie. Von der Körperorientierten Methode zum psychotherapeutischen Verfahren*. Wien, Facultas-Universitätsverlag.
- Pope, H. G. Jr., Katz, D. L., Hudson, J. I. (1993): Anorexia nervosa and „reserve anorexia” among 108 male bodybuilders. In: *Comprehensive Psychiatry*. Philadelphia, Elsevier, 406–409.
- Reich, W. (1977/1925): Die triebhafte Charakter. In: *Frühe Schriften 1*. Köln, Kiepenheuer & Witsch, 246–340.
- Reich, W. (1985/1927): Die Funktion des Orgasmus. In: *Frühe Schriften 2. Genitalität in der Theorie und Therapie der Neurose*. Frankfurt/M., Fischer.
- Reich, W. (1933): *Charakteranalyse*. Köln, Kiepenheuer und Witsch.
- Reich, W. (1942/1927): Die Funktion des Orgasmus. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie (*Die Entdeckung des Orgons, Band I*). Köln, Kiepenheuer & Witsch.
- Rogers, C., Buber, M. (1992): Dialogue between Martin Buber and Carl Rogers. In: *Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*. Köln.
- Röhricht, F., Priebe, S. (1998): Empirische Untersuchungen zum Körpererleben in der Schizophrenie. In: Röhricht, F., Priebe, S. (szerk.): *Körpererleben in der Schizophrenie*. Göttingen, Hogrefe, 43–50.

- Rosenberg, J. L. (1989): *Körper, Selbst & Seele. Ein Weg zur Integration*. Oldenburg, Transform.
- Salber, W. (1965): *Morphologie des seelischen Geschehens*. Ratingen, Tavros.
- Sassenfeld, A. (2011): *Suggestion und gegenseitige Beeinflussung*. VIII. Wiener Symposium Psychoanalyse und Körper. Előadásjegyzet.
- Scharfetter, C. (1981): Ego-psychopathology: the concept and its empirical evaluation. *Psychological Medicine*, 11: 273–280.
- Scharfetter, C. (1995a): *Schizophrene Menschen. Diagnostik, Psychopathologie, Forschungsansätze*. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Scharfetter, C. (1995b): *The self-experience of schizophrenics. Empirical studies of the ego/self in schizophrenia, borderline disorders and depression*. Zürich, Magánkiadás.
- Scharfetter, C. (1998): Ich-Psychopathologie und Leiberleben. In: Röhricht, F. & Priebe, S. (szerk.): *Körpererleben in der Schizophrenie*. Hogrefe, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, 155–169.
- Scharfetter, C. (1999): Psychotherapie für Schizophrene. Historischer Überblick und Grundsätze. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 150 (5): 217–224.
- Scharfetter C, Benedetti G. (1978): Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen. Vorschlag einer zusätzlichen Therapiemöglichkeit und grundsätzliche Überlegungen dazu. [A skizofrén én-zavarok testorientált terápiaja]. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr*, 123: 239–255.
- Scharff, J. M. (2007): Psychoanalyse und inszenierende Interaktion: Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: Geißler, P. & Heisterkamp, G. (szerk.): *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie – ein Lehrbuch*. Wien-New York, Springer, 83–98.
- Schilder, P. (1935): *The image and appearance of the human body*. London, Kegan Paul.
- Schubert, A. (2009): *Das Körperbild: Die Modulare Körperskulptur-Methode*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schoop, T. (1981): *...komm tanz mit mir! Ein Versuch dem psychotischem Menschen durch die Elemente des Tanzes zu helfen*. Zürich, Musikhaus Pan.
- Selver, Ch. (1974/1957): Sensory Awareness and Total Functioning. *General Semantics Bulletin*, 20/21, 5–17.

- Selver, Ch. (1991): *Erinnerungen an Elsa Gindler*. Jegyzetek. München.
- Sharaf, M. (1994): *Wilhelm Reich. Der heilige Zorn des Lebendigen. Die Biografie*. Berlin, Simon & Leutner.
- Siegel, E. V., Trautmann-Voigt, S. (1999): Vorwort. In: Siegel, E. V., Trautmann-Voigt, S. and Voigt, B. (szerk.): *Analytische Bewegungs- und Tanztherapie*. München/Basel, Reinhardt, 9–16.
- Southwell, C. (1990): Biodynamische Psychologie. In: Rowan, J. & Dryden, W. (szerk.): *Neue Entwicklungen der Psychotherapie*. Oldenburg, Transform, 198–221.
- Steger, M. (1931): Gymnastik bei Psychoneurosen und Psychosen. In: Kretschmer, E. (szerk.), *Bericht über den 6. Allgemeinen Ärztlichen Kongress für Psychotherapie in Dresden*. Leipzig, Hirzel, 29–36.
- Steger, M. (1931): Gymnastik bei Psychoneurosen und Psychosen. In: Kretschmer, E. & Cimbali, W. (szerk.) *Bericht über den VI. Allgemeinen Ärztlichen Kongress für Psychotherapie in Dresden*. Leipzig, Hirzel, 51–55.
- Steinäcker, K. v. (2000) *Luftsprünge. Anfänge moderner Körpertherapie*. München/Jena: Urban & Fischer.
- Stern, D. (1992/1985): *A csecsemő személyközi világa*. Budapest, Animula Kiadó.
- Stern, D. (2004/1998): *A jelen pillanat*. Animula Kiadó, Budapest.
- Stern, D. (2011): *Ausdrucksformen der Vitalität*. Brandes&Apsel, Frankfurt/M.
- Szili K. (2009): A testi viszontáttétel jelensége. *Testthatás. Magyar Mozgás- és Táncterápiás Egyesület 3. konferenciája*, Budapest.
- Szili K. (2010a): A szenzualitás útjai. *Lélekelemzés*, 5(1): 55–70.
- Szili K. (2010b): *Az érzet sorsa. A modern pszichoanalízis hozzájárulása a pszichodinamikus mozgás- és táncterápia testtudati munkájához*. PhD disszertáció. Pszichológiai Doktori Iskola, Elméleti Pszichoanalízis Program.
- Thomä, H., Kächele, H. (2007/1985): *A pszichoanalitikus terápia*. Oriold és Társai Kft.
- Trautmann-Voigt, S., Voigt, B. (szerk.) (1997): *Freud lernt laufen. Herausforderungen analytischer Tanz- und Bewegungstherapie für Psychoanalyse und Psychotherapie*. Frankfurt/M., Brandes & Apsel.
- Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (szerk.) (1998): *Bewegung ins Unbewußte. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen Körperpsychotherapie*. Frankfurt/M., Brandes & Apsel.

- Trautmann-Voigt, S. (1998/99): Tanztherapie – Frauensache? – oder: Anmerkungen zum Zeitgeist der 'goldenen' 20er Jahre und zur Zweischneidigkeit von Sonderwelten. *Zeitschrift für Tanztherapie – Körperpsychotherapie*, 6: 20–25.
- Trenckmann, U. (1990): Wirkungen und Nebenwirkungen der Depot-Neuroleptika im Erleben des Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 17: 184–187.
- Túry F. (2010): *Válogatott esettanulmányok – különös tekintettel az evés zavaraira*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Túry F., Szabó P. (2000): *A táplálkozási magatartás zavarai*. Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- Uexküll, T. (1986): *Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psychosoziales Modell*, Urban&Schwarzenberg, München.
- Uexküll, T., Fuchs, M. und von Schattauer, H. M.-B. (1997): *Subjektive Anatomie*, V. Schattauer, Stuttgart.
- Vermes K. (2006): *A test éthosza*. Budapest, L'Harmattan.
- Vermes K. (2012): A jelen pillanat. Felpörgött idő és terápiás jelen a posztmodern kultúrában. *Imágó Budapest* (Pszichoanalízis és Modern Fenomenológia I.), 2(2): 47–66.
- Vikár Gy. (1992): Krízis és kreativitás. In: Füredi J., Buda B., (szerk.) *Múzsák a díványon*. Magyar Pszichiátriai Társaság, Vác, 233–243.
- Wadepuhl, B., Wadepuhl, H. (1994): Der Körperbildtest – Ein dreidimensionaler Nachweis von Körperbildstörungen. In: Hahn, P., Werner, A. (szerk.): *Modell und Methode in der Psychosomatik*. Weinheim, Deutscher Studien Verlag.
- Wallon, H. (1971): Az „Én” és a „Másik”. A „Socius” szerepe az éntudatban. In: *Válogatott tanulmányok*. Budapest, Gondolat Kiadó, 269.
- Weinberg, A. A. (1931): Der Einfluß des vegetativen Systems auf das psychische geschehen. In: Kretschmer, E., Cimbald, W. (szerk.): *Bericht über den 6. Allgemeinen Ärztlichen Kongress für Psychotherapie in Dresden*. Leipzig.
- Windgassen, K. (1989): *Schizophrenie-Behandlung aus der Sicht des Patienten. Untersuchungen des Behandlungsverlaufes und der neuroleptischen Therapie unter pathischem Aspekt*. Heidelberg, Springer.
- Winnicott, D. W. (1962/2004): Én-integráció a gyermeki fejlődés során. In: Péley B. (szerk.) 2004. *D. Winnicott – A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok*. Új Mandátum Kiadó, Budapest, 120–125.
- Winnicott, D. W. (1999/1985): *Játás és valóság*. Animula Kiadó.

Zundel, E. (1991): Ruth Cohn: Themenzentrierte Interaktion. In. Zundel, E., Zundel, R.:
Leitfiguren der neueren Psychotherapie. Leben und Werk. München, dtv., 66-82.

MELLÉKLETEK

1. MELLÉKLET

A VIZSGÁLT PÁCIENSEIM TESTKÉPSZOBOR-DEFORMÁCIÓINAK LEÍRÁSA

Összefoglaló táblázat 1., Testtartás szerinti százalékos megoszlás (N=105)				
Betegcsoport	Testtartás			
	álló	fekvő	ülő	szétterülő
Alkoholbeteg	27%	27%	33%	13%
Affektív	0%	89%	11%	0%
Szkizofrén – borderline	44%	20%	24%	12%
Szomatiform zavarok	35%	40%	10%	15%
Pszichoszomatikus	27%	43%	12%	18%

1. táblázat

A testkép-szobrok testtartás szerinti százalékos megoszlása betegcsoportonként
(n=105)

Összefoglaló táblázat 2., Anyaghasználat minőségi és mennyiségi megoszlása darabszám szerint (n=105)					
Betegcsoport	Anyaghasználat				
	Tömegében aránytalan	Hosszában alulméretezett	Hosszában túlméretezett	Önerítés	Repedés – szakadás
Alkoholbeteg	5	1	2	2	6
Affektív	3	0	0	1	0
Szkizofrén - Borderline	15	7	4	2	18
Szomatiform zavarok	5	1	1	3	4
Pszichoszomatikus	12	10	1	4	3

2. táblázat

Az anyaghasználat minőségi és mennyiségi megoszlása betegcsoportonként,
darabszám szerint (n=105)

2. MELLÉKLET

TESTKÉP-SZOBOR TESZT KÓDOLÁSI KÉRDŐÍV⁵

A 2. és 3. Mellékletekben egy konkrét testkép-szobor „jelölését”, azaz leírását szeretném bemutatni. Fontos megjegyezni, hogy a leírás minden esetben a terapeutától származik. A szóban forgó szobor a dolgozatban a 7. képen szereplő ún. „Szalmamackó”, amely egy paranoid skizofrén 35 éves férfibeteg testkép-szobra. Az elnevezés magától a páciensről származik. Íme a kép még egyszer:



„Szalmamackó”

Minden szoborhoz készül egy jegyzőkönyv, amelyben az összes jelölés együtt látható, illetve felvesznek egy testkép-szobor interjút a pácienssel. (Ennek egy mintája, amely szintén a „Szalmamackó” készítőjével készült, a 3. Mellékletben olvasható.) A jegyzőkönyvek fejléce az alábbi adatokat tartalmazza:

Figura száma	13.
Tanácsadó	
Dátum	2010. 02. 13.
Projekt	testkép-jelölés
Nem	ffi
Életkor	35 év
Alkotási idő	13.20–13.26
A figura hozzávetőleges kora	50–100 év, nincs határozott válasz

3. táblázat A „Szalmamackó” jegyzőkönyvének fejléce

⁵ A 2. melléklet táblázatai Arnim, A. von, Joraschky, P., Lausberg, H. (2007) testkép-szobor teszt kódolási kérdőíveinek alapján készültek. A náluk szereplő 16 táblázatot nemcsak lefordítottam, hanem a jobb áttekinthetőség kedvéért itt átszerkesztett formában, mindössze hét táblázatban közlöm. A jelölési kérdőívnek ez a változata a továbbiakban megkönnyítheti a testkép-szobrok jelölését, kategorizálását, kutatását.

A leírásnál lépésenként az egész testtől az egyes testrészekig haladunk. Az egész test leírását a 4. és 5. táblázatokban foglalom össze. A testrészek leírását pedig a 6–9. táblázatokban mutatom be.

Szemponatok	Jelölés (X = van vagy igen)		
A terapeuta benyomása	Csekély strukturáltsági nívó Fej-régióból induló, törzsön végigvonuló repedés		
Az egész alak mérete	Feltűnően nagy		
	Feltűnően kicsi	X	
	Kevesebb anyagot használt, mint a felkínált mennyiség	X	
Testhossztengely	Elhajlás	Jobbra	
		Balra	
		Ventrálisan	
		Dorsálisan	
	Oldal irányú törés	Jobbra	
		Balra	
		Ventrálisan	
		Dorsálisan	
Testtartás	Szétterülő		
	Fekvő		
	Ülő	X	
	Álló		
	Térdelő		
	Más		
Gesztusok	Balra irányuló		
	Térmegragadó	Balra	
		Jobbra	
	Szimmetrikus		X
	Nyitott	Balra	X
		jobbra	X
Önérintés			
Kiegészítők	Kalap		
	Ruha		
	Egyéb		
Testfelszint érintő összbenyomás	Sima		
	Közepesen elsimított	X	
	Alig elsimított		
	Deformált		

4. táblázat Az egész test leírása

Rövidítések:																
B = bal J = jobb V = ventrális D =dorsális																
Testfelszín	Repedés				Mélyedés				Púp				Göb			
	B	J	V	D	B	J	V	D	B	J	V	D	B	J	V	D
Fej		X									X					
Nyak		X														
Törzs		X														
Bal kar			X	X							X					
Jobbkar			X	X							X					
Bal láb																
Jobb láb			X				X									

5. táblázat

A testfelszín deformációinak testrészenkénti leírása

(*: a tétel nem látható, azaz egy darabból készítették vagy a maradék lett felhasználva)

	Fej	Nyak	Szem	Orr	Száj	Fül	Haj	Nem differenciált törzs ventrális	Nem differenciált törzs dorsális	Felső test ventrális	Felső test dorsális	Mellkas
Látható elem	X	X	X	X	X	X				X	X	-
Nem látható elem							X	X	X			X
Felső test síkból kiemelkedő elem	X			X		X						
Felső test síkjából hátrafelé kiemelkedő elem	X											
Elhajlás balra												
Elhajlás jobbra												
Stabilan kötött*	X	X								X	X	
Helyes elhelyezés	X	X	X	X		X						
B/J szimmetria			X			X						
Teljes 3D-s	X	X		X		X				X	X	
Hosszában aránytalanul túlméretezve		X										
Hosszában alulméretezve										X	X	
Tömegében aránytalanul túlméretezve	X	X										
Tömegében aránytalanul alulméretezve										X	X	
Felszíni deformáció	X									X	X	

6. táblázat
Fejrégió és felsőtest leírása

	Vállak		Kar nem differenciált		Kar proximális	
	Bal	Jobb	Bal	Jobb	Bal	Jobb
Látható elem	x	x	x	x		
Nem látható elem					x	x
Felső test síkjából előre kiemelkedő elem					x	x
Felső test síkjából hátrafelé kiemelkedő elem						
Kiterjesztés felfelé						
Kiterjesztés lefelé						
Kiterjesztés oldalra					x	x
Stabilan kötött*					x	x
Helyes elhelyezés					x	x
B/J szimmetria						
Teljes 3D-s					x	x
Hosszában aránytalanul túlméretezve						
Hosszában alulméretezve					x	x
Tömegében aránytalanul túlméretezve						
Tömegében aránytalanul alulméretezve						
Felszíni deformáció					x	x

7. táblázat

Felsőtest, felső végtagok leírása

	Kar disztális		Kéz		Ujj		Meghatározott ujjak (1-5)	
	Bal	Jobb	Bal	Jobb	Bal	Jobb	Bal	Jobb
Látható elem								
Nem látható elem	x	x	x	x	x	x	x	x
Felső test síkjából előre kiemelkedő elem	x	x						
Felső test síkjából hátrafelé kiemelkedő elem								
Kiterjesztés felfelé								
Kiterjesztés lefelé								
Kiterjesztés oldalra	x	x						
Stabilan kötött*	x	x						
Helyes elhelyezés	x	x						
B/J szimmetria								
Teljes 3D-s	x	x						
Hosszában aránytalan								
túlméretezve								
Hosszában alulméretezve	x	x						
Tömegében aránytalanul túlméretezve								
Tömegében aránytalanul alulméretezve								
Felszíni deformáció	x	x	x	x	x	x	x	x

8. táblázat
Kar, kéz és ujjak leírása

	Láb disztális		Lábfej		Ujjak	
	Bal	Jobb	Bal	Jobb	Bal	Jobb
Látható elem			X	X	-	-
Nem látható elem	X	X			X	X
Alsó test síkjából előre kiemelkedő elem			X	X		
Alsó test síkjából hátrafelé kiemelkedő elem						
Kiterjesztés oldalra						
Stabilan kötött*			X	X		
Helyes elhelyezés			X	X		
B/J szimmetria						
Teljes 3D-s			X	X		
Hosszában aránytalan túlméretezve						
Hosszában alulméretezve	X	X				
Tömegében aránytalanul túlméretezve						
Tömegében aránytalanul alulméretezve	X	X				
Felszíni deformáció			X	X		

9. táblázat
Alsótest, alsó végtagok leírása

3. MELLÉKLET

A „SZALMAMACKÓ” SZOBROT KÉSZÍTŐ PÁCIENSSSEL FELVETT TESTKÉP-SZOBOR INTERJÚ

1. Hogyan képzelte el a figurát, mielőtt elkezdett dolgozni?

„Egy tömb a teste, kis golyó a feje.”

2. Hogyan érezte magát a formázás közben?

„Nem túl nagy kedvvel jöttem el. Közben is kedvetlen voltam.”

3. Mi jutott eszébe először, miután kinyitotta a szemét? Mi ugrott be először?

„Örültem, jól sikerült.”

4. Hogyan írná le a figurát?

„Nem tudom, mihez hasonlít. Olyan mackós típus. Próbáltam emberi alakot alkotni, de túl nagy fülei lettek.”

5. Mi jut eszébe a figuráról, ha csak nézi:

- a fejéig: *„a szemei miatt, mintha szomorú lenne”*

- a mellkasáig: *„nagy lett”*

- a hasáig: *„pici”*

- a medencéig: *„túlzottan kicsi lett a hasa”*

- hátulról: *„erős gerince van”*

- a karokat és a kezet: *„mintha a szomorúságára nem tudna vigaszt találni, felteszi a kezét”*

- a láb és lábfejét: *„erősek a lábai”*

6. Mi jut eszébe a méretéről, a jobb–bal oldal arányairól és a különböző testrészek összetartozásáról?

„Ekkorára szerettem volna. Múltkorira is emlékeztem, és most vettem észre, hogy olyan a teste, mint egy ötágú csillag. Minden testrészünkre szükségünk van. Az elménk irányítja a testiünket. Másként fogyatékosok lennénk.”

7. Mit szól a figura tartásához? Mi jut eszébe a testtartásáról?

„Ül. A szemét nézem.”

8. Milyen gesztust, gesztusokat fejez ki?

„Elszomorodott volna a lelke valaki miatt.”

9. Mit gondol a figura elülső és hátulsó oldaláról?

„Hátra nem akar nézni, csak előre.”

10. Mit gondol: ez egy férfi, egy nő vagy egy gyerek?

„Férfi, bibliai ószövetségi férfiak jutnak eszembe, koros, nem 50, hanem több.”

11. Ha hagyott maradékot, mit tudna most belőle formázni?

„Gyermeket. Hogy az apa ne szomorodjon el. Örülne a gyermekének.”

12. Mit élhet át a figura most? És mit élhetett meg?

„Hogy az eddigi élete nem volt életvidám, szomorú volt. Most még jobban el van keseredve. Vigaszt egy gyerek jelenthetne. 100 éve voltak szalmamackók, akiknek lelkük van, mert annyira szerették a gyerekek őket. Ennek is talán van lelke.”

13. Hogyan érezte magát a figura eközben, és hogyan érzi magát mostanában?

„Őt kellene megkérdezni. Mintha örülne, hogy kapott formát. De, mivel hogy nem volt kedvem ehhez, amiatt szégyenlem magam, hogy úgy formáltam meg, hogy nem volt kedvem hozzá.”

14. Mi történhet ezzel a figurával a jövőben?

„Nem szeretném, ha megmaradna ilyen állapotban. Vissza szeretném gyúrni.”

15. Hogyan tetszik Önnek ez a figura?

„Maximalizmus van bennem. Mindent rendbe tenni. Bőség zavara. Tetszik a szemem miatt. Örülök, hogy lett belőle valami.”

16. Mit változtatna rajta?

„Nem változtatnék rajta.” „Nem tudom, hogy alakítanám tovább.”

17. Van valami a figurában, amiben magára ismer?

„Ha valami élettapasztalatra rájönnék, akkor ugyanígy örülnék neki.”

18. Mit kívánna, hogyan változzon ez a figura?

„Lefektetni, akkor alszik. Csak a lábait be kéne hajlítani.”

19. Ha azt képzeled el, hogy ez a figura Önt ábrázolja, miben, hogyan kellene változnia?

„Vidámabbnak kellene lennie.”

Tisztázó kérdések

- Milyen mértékben figyel oda a testére?
- Ez a figyelem beteg testre vagy egészséges testre vonatkozik?
- Azok a képek és gondolatok, amelyek testileg kifejeződtek, megjelennek a saját testi történetében?

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozom...

Csabai Márta témavezetőmnek, valamint Erős Ferenc konzulensemnek a téma iránt érzett bizalmukért és támogató munkájukért.

Mestereimnek, C. Molnár Emmának és Ormay Istvánnak a módszer gyakorlati alkalmazhatóságában nyújtott támogatásukért.

Richard Meyernek, akinek iskolájában saját élményt szerezhettem, és a testpszichoterápia, valamint a szomatoanalízis alapjait elsajátíthattam.

Alexander Zundelnek, az Alexander-technika kiképzőjének az intenzív együttműködésért.

A Steißlinger-Kreis és a bécsi Analitikus Testpszichoterápiás Kör (AKP) kiképzőinek, Peter Geißlernek, Tilman Mosernek, Günter Heisterkampnak, Gaby Poettgen-Haverkostnak és Jörg Scharffnak, akik az analitikus testpszichoterápia elméleti és gyakorlati alapjaival ismertettek meg, és bevontak a közös munkába.

Kecskés Beának a munkahelyemen nyújtott gyakorlati támogatásáért.

Harrach Andornak, hogy lehetőséget adott a Bálint-csoportokon alkalmazható mikropraktikák megtapasztalásához.

Pácienseimnek, hogy az élményeik megosztásában partner lehettem.

Családomnak és barátaimnak, hogy mellettem álltak, támogattak, és együtt gondolkodtak, megérezve a dolgozatba fektetett munka jelentőségét.

Közvetlen kollégáimnak, hogy teret adtak a vizsgálat megvalósításához.