

Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológia Intézet

Pszichológiai Doktori Iskola

Elméleti Pszichoanalízis Program

Molnár Emese

**A destrukció és a pszichoszomatikus betegség történetének
kapcsolata Sabina Spielrein munkássága nyomán**

Doktori (PhD) értekezés tézisei

Témavezető: Dr. Tiringier István

Pécs, 2021

A disszertáció témája és célja

A disszertáció **témája** a destrukció és a pszichoszomatikus betegségtörténet kapcsolata. Gyakorlati (terápiás) oldalról indulva azt járja körbe, hogy a szomatizációval, illetve egyéb pszichoszomatikus tünetekkel érkező páciensek miként tudják a sokszor önpusztító folyamataikat saját gyógyulásuk és fejlődésük szolgálatába állítani, vagyis hogyan válhat a destrukció természetessé és kikerülhetetlenné. Mindehhez Spielrein 'A pusztítás mint a keletkezés oka' (Die Destruktion als Ursache des Werdens. In: Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen, Bd. IV, ½, Leipzig/Wien 1912: 456-503. Magyarul megjelent: Thalassa (19) 2008, 3: 13-51) című munkája a kiindulási pont, amelyben a destrukció pozitív oldalait, illetve vonatkozásait fejti ki. Felfogásában mindenfajta keletkezés és fejlődés alapja a destrukció, és mindenfajta disszociáció mögött a keletkezés okát találhatjuk meg. Fontos, hogy ez a gondolat személyes és szakmai életében egyaránt központi helyet töltött be, ezáltal tudott ő betegből egészségessé és gyógyítótá válni.

A disszertáció **célja** a következő kérdések megválaszolása:

Hogyan tudjuk követni és tetten érni Sabina Spielrein kulcsfogalmait, nézeteinek érvényességét, tovább élését és gondolatainak hatását a pszichoanalitikus és jelenkori pszichoszomatika-elméletekben?

Milyen terápiás konzekvenciákat vontak maguk után a fenti elméleti megfontolások a pszichoanalitikus/pszichoterápiás gyakorlatban?

A disszertáció felépítése

A disszertáció első része öt nagyobb fejezetet foglal magában.

Spielrein életét, kórházi kezelését, Junggal és Freuddal, valamint a kor neves elméletalkotóival (Bleuler, Abraham, Claparède, Piaget, Lurija, Vigotszkij) való kapcsolatát, és szakmai pályafutását mutatja be. Olyan naplóbejegyzéseket (Carotenuto, 1982, 1986; Lothane, 2015; Wharton, 2015a), leveleket (Carotenuto, 1982, 1986; Wharton, 2015b) és kórházi feljegyzéseket (Wharton, 2015a) tartalmaz, amelyek eddig nem jelentek meg magyar nyelven; valamint az is kibomlik, hogy Spielrein életében a családi miliő és dinamika, a töréspontok (veszteségek), amelyek mentén sérülései és betegsége bekövetkezett, meghatározták személyiségének alakulását, a destrukcióval való „találkozását”, tudományos érdeklődését – végső soron a gyakorlat és az elmélet kapcsolatát.

Junggal való kapcsolata kiemelkedően fontos, hiszen Jung nemcsak az orvosa, hanem tanára, mentora, barátja, szerelme is volt. Talán még ennél is több. A disszertáció azonban nem a kettejük ilyen jellegű kapcsolatára helyezi a hangsúlyt (nem is keresi erre a választ); hanem azt hivatott bemutatni, hogy ez a kapcsolat, a maga bonyolultságával, törekenységével és viharával együtt, valamint az, ahogy Spielrein ennek mentén dolgozott magán, meghatározta gyógyulását, fejlődését és szakmai gondolkodását. Kapcsolatuk alakulása, Spielrein Jungról való elmélkedése, hozzá kapcsolódó gondolatai, szenvedése és kétségei, továbbá a mitikus Siegfriedhez fűződő szenvedélye jól nyomon követhető a naplóiban, valamint Junghoz, Freudhoz és édesanyjához írt leveleiben (Carotenuto, 1982, 1986, 2015; Launer, 2014; Lothane, 1999, 2015, 2016; Wackenhut & Willke, 1994, idézi Lothane, 2015; Wharton, 2015b). A bemutatott napló- és levél-részletek eddig nem jelentek meg magyar nyelven.

Ezt követően Spielrein „átalakulása”, betegből gyógyító szakemberré válása, valamint a destrukció kreatív, fejlődést szolgáló oldala kerül górcső alá. Spielrein élete, tudományos munkája és pályája szorosan összekapcsolódik – hiszen a korábbi páciensből, hisztériás tünetektől szenvedő betegből a szkizofréniát tanulmányozó, elmebetegségeket kezelő orvos; a gyermekpszichológia iránt mélyen elkötelezett, újító gondolatokat alkotó, érzékeny, a mélyben meghúzódó összefüggéseket kutató pszichoanalitikus lett. Olyan sebzett gyógyítóvá vált, aki saját magából, megélt érzéseiből, gondolataiból, félelmeiből és gyötrelmeiből merítve tudományos munkájába emelte tapasztalatait: a megismerés utáni vágyat; a szeretés képességének fontosságát; a szexuális félelmet, illetve ezzel kapcsolatban a dezintegrációtól való félelmet és a szexuális ösztönben rejtőző halálösztönt (Spielrein, 1912/2008). Képes volt arra, hogy a személyiségében megmutatkozó ellentéteket, a lelki-érzelmi hullámvölgyeket és konfliktusokat, valamint a betegségével összefüggő tüneteket tehetsége szolgálatába állítsa, és konstruktív alkotásba fordítsa. Kreatív gondolkodóként inspirációt és motivációt nyert betegségéből és gyógyulásából, valamint rátalált személyisége küzdő, gyógyító és megoldó erőire.

1911 és 1931 között megjelent (német, francia és orosz nyelven írt) tudományos műveit egy rövid, összesítő táblázat mutatja be. Publikációinak részletes bemutatását az 1. számú melléklet tartalmazza: korszakokra bontva veszi sorra az összes tudományos írását. Spielrein publikációiból ilyen jellegű, a teljes művet bemutató összefoglaló eddig még egy nyelven sem született. Az első korszak 1911-1912 közé tehető. Ekkor fejezi be orvosi tanulmányait, összesen négy cikke jelenik meg, köztük disszertációjának javított, átdolgozott változata, valamint a destrukció tanulmánya. Írásain erősen érződik Bleuler (például az ambivalencia fogalom) és

Jung (például a mitológiai anyagok) hatása. A második korszak 1913-1923 közé esik. Érdeklődése egyre inkább a gyermekanalízishez és a gyermekfejlődéshez kapcsolható problémák felé fordul (köztük a gyermeki nyelvfejlődés és gondolkodás felé), valamint fontos cikkei születnek a gyermekmegfigyelések kapcsán. Ez a legtermékenyebb időszaka, összesen 30 cikke jelenik meg (három kivételével az összes német nyelven), köztük egy recenzió, testvére – Iszaak – írásáról, valamint 4 francia nyelven. A harmadik korszak 1924-1931 közé tehető. Moszkvában, majd szülővárosában, a Don menti Rosztovban dolgozik, és összesen három cikket – főleg gyermekmegfigyeléseket – publikál. Tudományos munkáit áttekintve, látni gondolkodásának ívét, szakmai érdeklődésének csomópontjait, vagyis azt, hogy hogyan jutott el a szabad asszociációtól, a képi-szemléletes-szimbolikus gondolkodáson át a testig és a testi tünetképzés jelenségéig. Mindez, az életrajzzal egybevetve még inkább érthető. Olyan tudós képe rajzolódik ki, aki mélyen elkötelezett volt a pszichoanalízis iránt, mégis képes volt összekapcsolni több tudományterületet és elméletet, hogy azokból új és gyümölcsöző ötletek, módszerek és terápiás gondolatok szülessenek; valamint olyan kérdéseket vetett fel, amelyek a mai napig foglalkoztatják a pszichológiát és a pszichoterápiás gondolkodást.

Mivel a disszertáció kiindulási pontja Spielrein 'A pusztítás mint a keletkezés oka' című tanulmánya, ezért azt külön fejezet mutatja be, beleértve az előzményeket, a fogadtatást és az utóhatásokat.

A **disszertáció második része** öt nagyobb fejezetből áll, és alapvetően a pszichoszomatikával foglalkozik. Elsősorban a freudi gyökereket emeli ki, majd a pszichoszomatika azon úttörőit – Groddecket, Ferenczit és Bálintot – akik gyakorló szakemberként pszichoterápiás tapasztalataikból kiindulva vonták le elméleti következtetéseiket és vezették be technikai újításait; gondolkodásuk és terápiás beállítódásuk freudi alapokon nyugszik; alapvetően holisztikusan gondolkodtak a betegségekről; valamint elméleti és terápiás elveikben tetten érhetőek a spielreini gondolatok. Bár Groddeck nem tekintette magát pszichoanalitikusnak, mind a pszichoanalízis, mind pedig a pszichoszomatikus orvoslás területén úttörő munkát végzett (különösen a negatív áttétel szisztematikus átdolgozását illetően, valamint nevéhez fűződik a pszichoanalitikus pszichoszomatika felfedezése is), Freud pedig nagyra értékelte munkásságát. Elmélete alapvetően a pszichoanalízis elfojtás koncepciójára (a betegség egyfajta énvédelem) és a konverziós modellre épül. Freuddal együtt a testi tünetet egyfajta nyelvnek tekintette, de számára a test volt a királyi út a tudattalanhoz: a funkciókkal, ritmusokkal, mozgásokkal, tartásokkal, rezonanciával és betegségekkel, melyek szimbolikus tartalmaik révén megfejtésre és értelmezésre váró szövegek (Groddeck, 1933/2013, 1925/1977). Ferenczi

(1919) a terápiás helyzetben megjelenő áttételt a korai anya-gyerek kapcsolatból származtatta, majd később – a nagy bizalmat igénylő testmunka elősegítésére – átdolgozta, továbbdolgozta a negatív indulatáttételt. A viszontáttétel terápiás minőségeivel és hatásaival is mélyrehatóan foglalkozott, hiszen ezáltal tartotta megérthetőnek a páciens tudattalan problematikáját (Cabré, 1999). Egyfajta kölcsönös egymásra hatást feltételezett áttétel és viszontáttétel között, és úgy gondolta, hogy minden, ami az analitikus helyzetben az itt-és-mostból felmerül, az a páciens áttételének és az analitikus viszontáttételének a találkozásából ered – így ez a legmélyebb rétegek feltárására is lehetőségeket teremt. Mindezek mellett a lélekből a testbe történő átfordítást, valamint a testi folyamatok, megnyilvánulások, testemlékek, testérzetek terápiás értékét is vizsgálta és leírta (Ferenczi, 1918/2005). Bálint terápiás gondolkodásában meghatározó volt a Ferenczi-örökség, ugyanakkor a pszichoanalitikus pszichoszomatika alexanderi alapjait (is) követte. Alaptétele, hogy soha nem a betegséget, hanem az embert gyógyítjuk (Bálint, 1961); a pszichoszomatikus betegségekre pedig úgy tekintett, mint amiket az emberek megteremtnek, majd kifejlesztnek maguknak saját magukból, azért, hogy panaszkodhassanak, mert az eredeti problémáról vagy konfliktusról nem tudnak beszélni. Érdeklődésének középpontjában a terápiás kapcsolat és az analitikus személye állt; úgy gondolta, hogy a gyógyító folyamat legfontosabb hatótényezője maga a kapcsolat. Ezt az a meggyőződése fejezi ki legpontosabban, miszerint a leggyakrabban alkalmazott gyógyszer az orvos maga: a személyiségével, hozzáállásával, teljes lelki-érzelmi-mentális lényével és azzal a légkörrel, hangulattal, amelyet teremt (Bálint, 1961). Behatóan foglalkozott a regresszió (különösen a jóindulatú regresszió), valamint az ehhez kapcsolódó elsődleges kapcsolat és újrakezdés terápiás értékével és felhasználhatóságával.

A pszichoszomatikus tünetek (szomatizáció, szomatikus tünet zavar, funkcionális szomatikus zavar) mai megközelítéseinek kibontásával jól nyomon követhető a betegségkategóriák változása, illetve az, hogy a tünetek háttérében egy még ismeretlen szomatikus patológia, valamint extraorganikus tényezők együtthatása áll. A funkcionális szomatikus zavar diagnosztikai elnevezés – miközben – bemutatja a tünetekért felelős neurobiológiai rendszerek és hormonok szerepét, érthetővé teszi, hogy az elsődleges gondozó és a gyermek közötti interakciók introjekciójából, valamint a kognitív-érzelmi funkciók fejlődéséből alakulnak ki azok a pszichés struktúrák, amelyek lehetővé teszik, hogy a gyermek másokra, mint érző, gondolkodó és szándékosan cselekvő lényekre tudjon gondolni. Ezáltal válik képessé arra, hogy késztetéseit és affektusait szabályozza, illetve társas interakcióiban rugalmasan reagáljon. Ebben a folyamatban az egyik legfontosabb mozzanat, hogy a szülő kontingensen reagálva

mentalizáljon, hiszen ezzel segíti elő leginkább a mentalizáció kialakulását a gyermekben. Az érzelmek a tükrözés folyamatában, a csecsemő és a szülő közti tükröző interakciókban születnek: a szülő a csecsemő belső állapotára hangolódik, azon gondolkodik, reagál rá és kifejezi. A csecsemő érzelmi kifejezései és megnyilvánulásai olyan jól látható és jelzett érzelmi tükrözéseket (marked mirroring), válaszokat váltanak ki a szülőből, melyek egyértelműen jelzik a csecsemő számára, hogy saját érzelmi állapotát látja reprezentálva (Fonagy és mtsai, 2002; Gergely, Watson, 1996). Ez teszi őt képessé arra, hogy felfedezze és felismerje saját affektusait, kialakítsa saját érzelmeinek érzésekként való mentális reprezentációját, amely elősegíti az érzelmek és indulatok szabályozását és kifejezését.

Az ezt követő fejezet azon gyakorló szakemberek elméleteit mutatja be, akik hozzájárultak az alexitímia jelentésének megértéséhez, valamint elemzi az alexitímia- és a mentalizáció-elmélet közös gyökereit. Schur (1955) szerint az érzelmi fejlődés a deszomatizáció folyamataként írható le, amelyben a magasabb szintű pszichés funkciók fokozatosan átveszik az alacsonyabb rendűek szerepét, vagyis lehetővé válik az egyre tudatosabb és magasabb szintű szimbolizációs elhárítás és védekezés. Krystal (1997) úgy gondolja, hogy trauma esetén – amikor a személy megadja magát a kikerülhetetlennek ítélt helyzetben – egyfajta lefagyott állapot, egy érzelmi és kognitív szűrő jön létre, melyben központi tényező a tanult tehetetlenség, következménye pedig az, hogy az affektusokat nem képesek pszichésen reprezentálni. A pszichoszomatikus megbetegedések nagyon nagy arányát a traumát túlélők között az érzelmi kifejezések regresszív jelenségeiként és poszttraumás alexitímiaként értelmezi. A traumák és a szomatizáció összefüggésének egy újabb megközelítést nyújtja Nijenhuis (2006, 2014) a szomatoform disszociációval kapcsolatos munkáiban. A disszociációt a személyiség integrációjának a hiányaként határozza meg, amelynek következtében a személyiség két vagy több elégtelenül integrálódó, strukturálatlan (tehát disszociatív) személyiségrésze, funkcióra bomlik (melyek egyébként mindig rendelkeznek legalább egy kezdetleges szintű öntudattal). A konverziós tüneteket – köztük a testi érzékelés elvesztését, és a testi intrúziókat – alapvetően disszociatív tüneteknek tartja (vagyis a páciens személyiségében fennálló disszociáció szenzomotoros megnyilvánulásainak). Kiemeli, hogy a disszociatív zavarok és a stresszes múltbéli események összefüggésben, illetve oksági kapcsolatban állnak, éppúgy, mint a hisztéria súlyossága és a nehéz, vagy stresszes esemény súlyossága, fennállásának hossza és ismétlődésének gyakorisága. McDougall (1989) kiemeli, hogy a legtöbb pszichoszomatikus tünetekkel küzdő páciens egyáltalán nincs tudatában annak, hogy bármilyen mentális fájdalom lenne, és tagadja, hogy bármilyen lehetséges kapcsolat lenne a fizikai és a pszichológiai szenvedés között. A

szomatizációs zavarok háttérében az érzelmek lehasítását, valamint a gondolati feldolgozás képtelenségét feltételezi (McDougall, Coen, 2000), és elsősorban a tárgykapcsolatok és a regresszió mechanizmusait veszi alapul ezen páciensek tüneteteinek, viselkedésének, illetve működésének leírásához és megértéséhez: érzelmi veszteség hatására a mentális funkció egy archaikus formája lép működésbe, amely nem használja a nyelvet.

Pert (2003) testelme-konceptiója szerint az érzelem minden sejtünkben benne van, belső kémiai vegyületeink – a neuropeptidek és a hozzájuk kapcsolódó receptorok – tudatunk biológiai alapjául szolgálnak és a szervezet egésze pszichoszomatikus hálózatként működik. A szomato-pszichoterápia egyik központi fogalma a testelme, amely a pszichoszomatikus tünetek, szomatizáció, vagy FSD tünetek megértésénél különösen fontos, hiszen ezáltal jól leírható és látható, hogy az elme elképzelhetetlen egyfajta testet öltöttség nélkül, a tudatosság testi állapotunk letérképeződése, és az érzelmek a testen keresztül, a testben nyilvánulnak meg. Az érzelmek kulcsszerepet játszanak az önreflexióban, így a szomato-pszichoterápiás folyamatban is, mivel lehetővé teszik, hogy belépünk a testelme beszélgetésbe. Fontos kiemelni, hogy bár Winnicott (1987) nem használja a testelme kifejezést, hangsúlyozza, hogy a valódi szelf a testben, a testi élményekben gyökerezik. Fejlődését pedig az interszubbektivitás – megtartás, határok és elkülönültség érzetének megtapasztalása, biztonságos kötődés, tükrözés, önreflexió, mentalizálás – biztosítja (Winnicott, 1962/2004; Mahler, 1971; Schore, 1994; Harris, 1998; Fonagy és mtsai, 2012). Merleau-Ponty (2006) filozófiai pszichológiájában körvonalazódik először a testi élmények interszubbektivitásban gyökerező fejlődése és az interszubbektív testi világban születő szelf elmélete. A biztonságos szülő-gyerek kapcsolat és a kötődés (a dopaminerg jutalmazó-feldolgozó és az oxitocinerg rendszer működése miatt) hozzájárul az érzelmek, az affektusszabályozás, a korai mentalizációs készségek és a társas intelligencia kialakulásához és fejlődéséhez (Fonagy és mtsai, 2012), valamint a megfelelő neurológiai és fiziológiai folyamatok szabályozásához (Sroufe, 1997; Hofer, 2003). A testi szelf kialakításához önreflexióra van szükség, amely nem csupán intellektuális megfigyelő, hanem tapasztalati és érzelmi funkció is. Természetes, normális körülmények között az interszubbektivitás mindig testi formát ölt (Aron, 1998). A gyerek testével való bánásmód, vagyis a gyerek tartása, arckifejezéseinek és testhelyzeteinek, mozdulatainak tükrözése (vagyis testének tükörképei) az, amelyek által a szülők érzelmi ráhangoltságukat kifejezik, és a gyermeket különálló, fejlődő lényként elismerik. Az önreflexió (és ezen keresztül a mentalizáció) tehát a korai tárgykapcsolatokban gyökerezik, az interszubbektivitás révén születik és ezt követően a belső tárgykapcsolatok szabályozzák; a kapcsolati hangsúly azonban

testi interakcióra és szomatoszenzoros tapasztalatra utal. A társak odafordulásának hatására többek között endogén opiátok, dopamin és oxitocin szabadul fel – tehát elemi pszichobiológiai szükségletünk, hogy megkapjuk a megértő érzelmi rezonanciát, elfogadást és tükrözést (Panksepp, 2003). Neurobiológiai alapfelszereltségünk kibontakoztatásához emberi kapcsolatokra van szükségünk, melyeket személyes és társas környezetünkből kapunk, mégpedig figyelő-tükröző-ráhangolódó-rezonáló aktusokból. A frontoparietális tükörneuron rendszer (Rizzolatti és mtsai, 1996) segítségével – amely önmagában a célra irányuló viselkedésre szenzitív – meg tudjuk érteni mások szándékait és céljait (Fogassi és mtsai, 2005), sőt élményeit is, amely a mentalizáció alapja (Fonagy és mtsai, 2012). Ez azért nagyon fontos, mert a cselekvésvezérlő neuronok így egy közös interszubjektív cselekvési és jelentésmezőt hoznak létre. Mások élményeinek és érzelmi állapotainak a reprezentációi nagy valószínűséggel összeolvadnak a szelf-reprezentációinkkal (Fonagy és mtsai, 2012), és segítenek bennünket eligazodni saját belső énállapotainkban, valamint elhelyezni önmagunkat társas kapcsolatainkban.

A pszichoterápiás, szomato-pszichoterápiás vonatkozású kitekintés bemutatja a korábban említett klasszikus és kortárs pszichoanalitikus pszichoszomatika-, illetve mentalizáció elméletek gyakorlati vonatkozásait. A szomatizációval, pszichoszomatikus tünetekkel küzdő pácienseknél az tapasztalható, hogy megváltozik a saját testhez való viszony, eltávolodik, tárgyiasul, kiszámíthatatlanná válik, amit nem lehet kontrollálni vagy uralni. Sokan egyáltalán nincsenek tudatában annak, hogy bármilyen lelki-érzelmi problémájuk vagy elakadásuk lenne, és nem látják a kapcsolatot a fizikai és a pszichológiai szenvedés között. Abban kell őket támogatni, hogy ez a kapcsolat kiépüljön és megerősödjön, hogy a saját test és a benne megélt tapasztalatok biztonságosak legyenek. A testi eltávolodás élményei értelmezhetők a test próbálkozásaként is, hogy az elmét visszaterelje a testbe, vagyis a kapcsolat (újra) kialakuljon. McDougall (1989, 2000) a testi tünetekben és fájdalomban a korai trauma és destruktív folyamatok szimbolikus kifejeződését látja, és azon a véleményen van, hogy az áttétel kibontása (és a viszontáttételi dinamika megértése) minden esetben segíti ezen tünetek feloldását. Pszichoterápiás keretek között a test memóriájában rögzült, vagyis tünet formájában hozzáférhető érzelmeket kell szavakba önteni a testi kifejezés, a cselekvés és az enactment kifejezéseire támaszkodva. Bucci összetett kód elmélete (1994) a szétkapcsolás helyrehozására és új kapcsolatok létrehozására helyezi a hangsúlyt – egyrészt a nonverbális rendszeren belül a szimbolikus és nem szimbolikus elemek között, másrészt a szimbolikus nonverbális elemek és szavak között. Luyten és mtsai (2013, 2015, 2016) úgy gondolják, hogy az el nem fogadottság

és stigmatizáltság érzése a viharos áttételi-viszontáttételi jelenségekben is tetten érhető, melyek kapcsolati-dinamikai tisztázása elengedhetetlen a terápia, illetve a kezelés sikerességéhez.

Az utolsó fejezet sorra veszi az eredményeket, vagyis Spielrein újító gondolatait, valamint azokat a gondolatokat, elméleteket és pszichoterápiás konzekvenciákat, amelyekre munkássága hatással lehetett.

Sabina Spielrein felfogása a destrukcióról a Pusztítás mint a keletkezés oka című munkája nyomán

Az 1912-ben megírt „A pusztítás mint a keletkezés oka” (Die Destruktion als Ursache des Werdens. In: Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen, Bd. IV, ½, Leipzig/Wien 1912: 456-503. Magyarul megjelent: Thalassa (19) 2008, 3: 13-51) című tanulmánya fontos mérföldkőnek számít az önálló tudóssá és analitikussá váláshoz vezető úton, valamint a Jungtól Freud felé vezető intellektuális úton. Két fontos gondolati előzménye van ennek az írásnak; és ahhoz, hogy megértsük, valamint lássuk a halálösztön fogalmának alakulását, mindkettőt ismernünk kell. Az első 1906-1907 körül íródott, és Jungnak szánt levélpiszkozatot tartalmazó naplójában bukkan fel. Egy jegyzetfüzetben található, melynek egyik fejezete 'Az átalakulás elmélete és következményei' címet kapta, ami miatt gyakran csak az 'Átalakulás naplója'-ként utalnak rá. Három hosszú és nehezen érthető, Jungnak szánt levélpiszkozatot tartalmaz, melyeket több hónapon keresztül írt. Nemcsak a destrukció gondolatköre bukkan fel, de kapcsolatuk alakulása is nyomon követhető belőlük. A másik az 1911-ben megírt doktori disszertációja, melyben egy szkizofrén beteg pszichoanalitikus elemzését nyújtja, valamint megjelenik benne a szex és a pusztítás témája is.

Maga a tanulmány négy részből áll. A bevezetésben kifejti, hogy terápiás tapasztalatai során megfigyelte, hogy a szexuális hajtóerő magában foglal olyan negatív érzéseket is, mint a félelem vagy az undor. Utal Grossra, Freudra, Bleulerra és Jungra, amikor azt mondja, hogy a szexuális vágyakhoz erősen kapcsolódnak a halállal kapcsolatos elképzelések.

A „*Biológiai tények*” fejezetben leírja, hogy megtermékenyítéskor a férfi és a női ivarsejt egyesül, melynek következtében mindkét sejt megszűnik, mint egységes egész, és ebből a megsemmisülésből keletkezik az új élet. Párhuzamot von a szex fizikai eseményei, a hozzá fűződő érzések, gondolatok és az általa kiváltott konfliktusok között. Részletesen foglalkozik a nemi ösztönök destruktív komponensével, mely gondolat elméletének központi magja is

egyben: egy bizonyos szinten tudjuk (vagy úgy érezzük, mintha tudnánk), hogy a nemzés magában foglalja az önpusztítást (önfeladást).

Az „*Individuálpszichológiai nézőpontok*” című fejezetben olyasmire hívja fel a figyelmet, amely szerinte az emberi tapasztalásban kulcs szerepet tölt be: a szaporodási ösztön fontosságára, és azokra a tényezőkre, amelyek arra készítetnek minket, hogy elnyomjuk azt. Felvázol néhány elméletet, amelyek a szexualitás körül kialakult szorongásra keresik a választ; és egyetért Freuddal abban, hogy a felnőttkori szerelmi megnyilvánulások a gyermekkorban gyökereznek, valamint abban, hogy „mindenfajta pszichés produkció alapja az, hogy az ember az öröm elérésére, és a boldogtalanság elnyomására törekszik” (Spielrein, 1912/2008, 19. old.). Mindemellett azt az álláspontot képviseli, miszerint az ént, csakúgy, mint a tudattalan folyamatokat, olyan lelki rezdülések irányítják, amelyek mélyebben helyezkednek el, és nincsenek összefüggésben az érzelmi reakciókkal. Az öröm érzése és átélése ezeknek a mélyből előbukkanó követeléseknek az elfogadása, és a bennünk működő kollektív vágyak nem állnak összhangban a személyes vágyakkal. Gondolatmenetét a mazochizmus vágyának példájával támasztja alá: a fájdalomban lelt gyönyör felfoghatatlan, ha azt gondoljuk, hogy csupán a gyönyör keresése irányít minket. Lehet, hogy a gyönyör a szexuális vágy közvetlen oka, de az önmagáért való gyönyör csak a szaporodási ösztön fogalmi keretében nyer értelmet, amely legalább annyira romboló, mint alkotó. Jung is többször hivatkozik a komplexusok, a mitológiai összefüggések és a kollektív tudattalan kapcsán. Több esettanulmány részletet mutat be szkizofrén betegekkel folytatott analízisből. Kiemeli például a széttöredezettség és az én eltárgyasulásának élményét. Arra a következtetésre jut, hogy az én legjellemzőbb vonása, hogy „dividuum”, vagyis osztható. A szimbolikus kifejezőmódról, és az archaikus, analóg gondolkodásról is beszél. Két antagonisztikus áramlat között zajló harcot említ: nevezetesen a faji- (vagy mai terminusban kollektív), illetve az én-psziché közöttit; és részletesen foglalkozik a betegség korai szakaszában tapasztalható súlyos félelmekkel, depresszív állapotokkal és az elidegenedés-érzéssel. A hasonlóan való feloldódás utáni vágy által jön létre egy művészeti alkotás – mely az individuum számára maga a halál, hiszen az individuális helyett a tipikus fejeződik ki. Minden gondolat, képzet, amelyet közvetlenül kifejezünk, általánosítással teszünk, hogy mások számára hozzáférhetővé tegyük. A szerelmet a hasonlóan való feloldódásnak tartja, amely az én számára nagyon veszélyes boldogságérzet. Egy olyan (kölcsönös) megértési folyamaton alapul ugyanis, amelyben az ember a fokozódó szimpátia miatt teljes egészében, egész lényét át kívánja adni a másiknak. Amint megtörténik az eggyé válás szerelme tárgyával, feloldódik az adott képzetcsoporthoz, megérkezik a boldogító ellazító

érzés, amely egyben a képzet pusztulását jelenti. Ez újabb differenciálódást hív elő, amelyek lereagálás formájában vagy műalkotásként transzformálódnak. Egyetért Stekellel abban, hogy az álomban előforduló halálvágyban az életöröm fejeződik ki, és az öngyilkosság gyakran szadisztikus színezetű szerelmi aktust ábrázol. Neurotikus betegek szexuális zavarait és destruktív fantáziáit elemzi, részletesen ismerteti egy nőbetege álmaait, a hozzájuk kapcsolódó asszociációkat és szimbólumokat. Ezekből levonja azt a következtetést, miszerint a háborúval kapcsolatos destruktív képzetekkel előhívható a szaporodással kapcsolatos destruktív képzet is, valamint a destrukció „csak alkalmas szimbólumokra vár, amelyekben kifejezheti önmagát a destruktív fantázia” (Spielrein, 1912/2008, 27. old.). Több álomanyag ismertetése alapján megállapítja, hogy az álmokban megjelenő szexuális szimbólumoknak ugyanaz a jelentése, mint a mitológiában az életet és a halált osztó istennek. Ebben a fejezetben hozza fel példaként Nietzsche-t, megvizsgálva, hogy az örök feltámadásról vallott misztikus képzele miképp jelképezi a teremtés és a pusztulás kapcsolatát. Elemzi elképzelését az örök visszatérésről, és az emberfeletti ember eszméjét úgy írja le, mint amiben Nietzsche-nak az anyjával való azonosulása fejeződik ki. Spielrein szerint minden szerelem esetében kétféle irányba lehet a felmerülő képzeteknek: az egyik, ahogyan szeretünk; a másik, ahogyan bennünket szeretnek. „Első esetben mi magunk vagyunk az alany, és a külvilágba kivetített tárgyba vagyunk szerelmesek. Második esetben átváltozunk a szerelem tárgyává, és önmagunkat szeretjük. A férfiben, akinek aktív feladata meghódítani a nőt, előnyben részesülnek az első képzetek, ezzel szemben a nő esetében, akinek az a feladata, hogy magához kösse a férfit, az utóbbi képzetek uralkodnak” (Spielrein 1912/2008, 31. old.). A szerelem tárgyában való feloldódást tartja a lehető legteljesebb önigenlésnek, amely „egy új én-élet a szeretett személyben” (Spielrein 1912/2008, 39. old.). Ezt a gondolatot kapcsolja össze a nők homoszexualitásra és autoerotikára való hajlamával, melyben a vágy személyiséggel (szerelme tárgyával) való azonosulás fejeződik ki. A szexuális ösztönben megtalálható destruktív komponensnek köszönhetően az aktív férfinak inkább szadisztikus vágyai vannak, míg a nő arra vágyik, hogy megsemmisítsék őt. Magát a megtermékenyítést is önmegsemmisülésnek tartja, és Nietzsche szavait a következőképp magyarázza: „Értened kell hozzá, hogy miként emelkedj önmagad fölé (destrukció), különben miképpen hozhatnád létre a magasabbat, a gyermeket” (Spielrein 2008, 33. old.). Zarathusztra életre hívása kapcsán a születéssel és az újjászületéssel foglalkozik. Wülsche és Jung gondolatai, mitológiai fejtegetései, Rank álomelemzése, valamint saját betegei álomanyagai alapján megállapítja, hogy a destrukció vezet a létezéshez. Összefoglalásképp újra kitér az asszimilációra, a szerelem tárgyában való feloldódásra, valamint az önfenntartó és a fajfenntartó ösztön különbségére. Az önfenntartó ösztön egy

egyszerű, pozitív és statikus ösztön, hiszen az a dolga, hogy a már meglévő individuumot megvédje az idegen hatásoktól. A fajfenntartó ösztön ezzel szemben egy pozitív és egy negatív komponenst is tartalmaz egyszerre: a régit fel kell oldania, hogy létrejöhessen az új. Egy olyan szaporodási ösztön, amely az asszimilációs tendenciákban jut kifejezésre, amikor az „ősanyag” újra differenciálódik, hogy az individuum új formában támadjon fel. Lényegét tekintve tehát ambivalens és dinamikus. Ezért lehetséges, hogy „a negatív komponens felébredése előhívja a pozitív komponenst és fordítva... Semmilyen változás nem mehet végbe anélkül, hogy előtte ne pusztult volna el a régi állapot” (Spielrein, 1912/2008, 39. old.).

Az „*Élet és halál a mitológiában*” című fejezetben a szexualitás destruktív komponensét igyekszik kimutatni pszichológiai és mitológiai elméletekkel, vallásos szövegekkel, illetve történetekkel, tradíciókkal alátámasztva. Az életet és a halált a föld-víz szimbolikáján keresztül magyarázza, melyhez főleg Wunsche és Kohler által összegyűjtött történeti anyagokat használja fel. Részletesen foglalkozik a Nibelung énekekkel – Brünhildével, a megváltó Siegfrieddel – és Wagner hőseivel, illetve a halálvággyal (amely gyakran annak a vágya, hogy az ember a szerelemben haljon meg). „Wagnernél a halál leggyakrabban a keletkezés ösztönének pusztító komponense” (Spielrein, 1912/2008, 43. old.). Hősei a megmentő szerepében élik meg a szerelmet; és szerelmükért feláldozva magukat, meghalnak. Véggökvetkeztetése, hogy mindenfajta keletkezés és fejlődés alapja a destrukció; és mindenfajta disszociáció mögött a keletkezés okát találhatjuk meg. A szerelem másik aspektusa az a vágy, amely tárgya megsemmisítésére irányul; éppen ezért minden születés egyben halál, és minden halál egyben születés. „A halál magában véve szörnyű, de a szexuális ösztönök szolgálatában, vagyis ennek pusztító komponenseként, ami a keletkezéshez vezet, gyógyító” (Spielrein, 1912/2008, 50. o.). A halálösztön lényege, hogy elválaszthatatlan az életösztöntől, és az élet folytatásától egy másik emberben. Véleménye szerint, a pusztulás vágya egy teljesen normális tendencia, és gyakran jut kifejezésre nőkben, destruktív gondolatok formájában. „... a biológiai tényeknek megfelelően, a szaporodási ösztön pszichológiai szempontból is két antagonisztikus összetevőből áll, és ennek megfelelően éppannyira teremtő, mint amennyire pusztító erő egyben” (Spielrein, 1912/2008, 50. old.).

A halálösztön (Todesinstikt) fogalma Spielreinnél

Spielrein ebben az – empirikus és klinikai tapasztalatokon nyugvó – tanulmányában annak szükségessége mellett érvel, hogy engedjük az ént feloldódni az ősi életerőben a növekedés és átalakulás érdekében, még ha ez áldozathozatalként jelenik is meg. A szexualitást a csecsemő

szopási vágyával hozza összefüggésbe, ezzel nagyon korai szakaszba helyezve a pusztítást és a pusztító hajlam kialakulását, párhuzamosan a gyönyör tapasztalatának kialakulásával. Elméletében a szopás örömtelisége alkotja a másikkal való egyesülésre irányuló vágy alapját, amely – autoerotikus egységet eredményezve – megszünteti a tárgy elkülönült létezését. Vagyis az emlővel való egyesülés vágyával megszűnik a másik (emlő) létezése. A szopás iránti vágyában a csecsemő agressziót fejez ki a tárggyal szemben, az örömméreg pedig a szopás agresszív cselekedetéhez társul. A másikkal való egyesülés, vagy egység-élmény vágyához és a szopás örömteli élményéhez azonban az én elvesztésének a félelme is kapcsolódik, melynek folyamánként megjelennek az ellentétes erők, nevezetesen az énközpontúság, és annak feladása, vagyis a másikkal való alárendeltség vágya. Ez az elsődleges kapcsolat mind a szeretetet, mind a gyűlölet magvait tartalmazza, és az élet– és a halálösztön, amelyek ebből a közös alaphoz erednek, csak később válnak szét. A szexuális ösztönben egy regresszív tendenciát is feltételez, amely a szülővel való eggyé válás állapotába való visszatérés vágyában (végső soron, az öndestrukciónak vágyában) fejeződik ki. Ez a folyamat – főleg szkizofréniánál – túllép az én határán. A sérülés vágya, és a fájdalomban megtalált öröm azt jelzi, hogy nem minden lelki folyamat működik az örömmel által, és létezik egy olyan (alapvető, elsődleges) lelki működés, amelyre nem az örömkeresés és a fájdalom elkerülése a legjellemzőbb (Spielrein, 1912/2008).

Úgy gondolja, hogy a szexuális ösztön két antagonisztikus elemet tartalmaz: a pusztítás és a teremtés vágyát. A kettő közötti egyenlőtlenség azt eredményezi, hogy egy időben csak az egyiket érzékeljük. Ez magyarázza azt a tényt, hogy nem vesszük észre a szexuális ösztönben rejtőző halálösztönt (Spielrein 1912/2008). Felfogásában a halálösztön nem tisztán negatív természetű, és a szexuális ösztönön belül definiálja (melyet biológiai tényekkel támaszt alá). Ezzel nagymértékben különbözik Freud halálösztön fogalmától. Spielrein elméletében a sadizmus és a mazochizmus jelensége igazolja a szexualitás és a pusztítás között fennálló kapcsolatot: a sadizmus a szexuális impulzusokból eredő destruktív komponens felerősödése, amely az én ellen fordulva önpusztító viselkedésbe torkollik (mazochizmus). Számára a halál és pusztítás nem állnak ellentétben az élettel, hanem részei mind a szexuális élvezetnek, mind a pszichikus növekedésnek és fejlődésnek.

A pusztító készletet elválaszthatatlannak tartja a reprodukív készletétől, melyet a feloldódásról és asszimilációról szóló elmélete (Spielrein, 1912/2008) is kifejez. Számára a halálösztön által vezérelt pusztítás elválaszthatatlan valami újnak a teremtésétől. Az új élethez vezető átalakulás mind fiziológiailag, mind pszichológiailag – legyen szó tényleges születésről

vagy mentális (újja)születésről – csak a régi pusztulása és az én feladása árán jöhet létre. A rombolás belülről fakad, a természetből ered és szükségszerű a fejlődéshez. Az új keletkezésének az állapota és feltétele. Ez azt jelenti, hogy a faj fenntartásának ösztöne pozitív és negatív elemeket egyaránt tartalmaz. Spielrein felfogásában a halálösztön a faji pszichének alárendelt én-pszichét akarja megsemmisíteni. A halálösztönnek nem az egyén életének a megsemmisítése (és az ingerületek teljes megszüntetése), hanem az én elpusztítása a célja, vagyis az önfenntartás ösztönét kiegyensúlyozza a faj fenntartásának kollektív ösztöne, amelyhez azonban az önfenntartásról le kell mondani. Felfogásában az én feloldódásának eredményeként lehet rátalálni a vitalitás egy mélyebb rétegére – amely a szublimáció. A teremtés és a pusztítás összefonódik a fejlődés és növekedés folyamatában.

Funkcionális szomatikus zavar és a testet öltött mentalizáció

Luyten és munkatársai (2012a,b, 2013, 2015) egy leíró jellegű és átfogó elnevezést javasolnak a pszichoszomatikus tünetektől (fáradtság, szédülés, kimerültség, bél és gyomorpanaszok, fájdalom) szenvedő páciensek leírására. A funkcionális szomatikus zavar (Functional Somatic Disorder, továbbiakban FSD) kifejezést tartják a legpontosabbnak, mert azt tapasztalják, hogy ezeknél a pácienseknél a kimerültségért és fájdalomérzetért felelős neurobiológiai rendszerek és idegpályák működési rendellenességei figyelhetők meg, amelyek akár krónikussá is válhatnak. Amellett érvelnek, hogy az FSD-k nem különálló, elszigetelt rendellenességek, mert mind a komorbiditás, mind a családon belüli halmozódás esélye igen magas (Aggarwal és mtsai, 2006; Anda és mtsai, 2006 idézi Luyten, Fonagy, 2016); és gyakran érzelmi zavarokkal – például depresszióval, szorongással – társulnak (Luyten és mtsai, 2015; Pae és mtsai, 2008), amelyből arra lehet következtetni, hogy az érzelmi zavarok részét is képezik. E páciensek körében fokozott figyelem figyelhető meg a testi tünetekre vonatkozóan, melynek következtében a testi jeleket felnagyítva, torzítottan észlelik, és nagyon gyakran negatívan, betegségként értelmezik (Barsky, 1992; Pennebaker, 1982). Mindezzel együtt – a definíciók, meghatározások és kategóriák útvesztőjében – meg nem értettnek, megbélyegzettnek, sőt betegség-történet és kezelés szempontjából egyértelműen sikertelennek élik meg magukat (hiszen a szomatikus vizsgálatok nem hoznak eredményt és a tünetek továbbra is megmagyarázhatatlanok maradnak). A nehezen kezelhetőség/megértés, a diagnózisban szereplő tömördek és szükségtelen címke, a leegyszerűsítő elméletek és a környezetből érkező negatív reakciók hozzájárulnak a sikertelenség és haszontalanság érzéséhez (Blom és mtsai,

2012, idézi Luyten és mtsai, 2012b). Anamnéziséük általában hosszú és szerteágazó (súlyos testi panaszokkal és tünetekkel, tünetváltásokkal), melyben szorongásos és depressziós tünetek, illetve epizódok egyaránt előfordulnak másodlagos betegségként, valamint életminőségük is rosszabb, mint egy átlagos krónikus betegségben szenvedőé (Arnold és mtsai, 2006; Pae és mtsai, 2008; Tiringier és mtsai, 2020).

Az FSD-k a stresszszabályozásnak a genetikai és környezeti tényezők bonyolult kölcsönhatása folytán kialakult, gyakran súlyos rendellenességeivel társulnak (Ablin és mtsai, 2012; Tak, Rosmalen, 2010), mely allosztatikus teher kialakulásához vezet (McEwen, 2007 idézi Luyten, Fonagy, 2016). Ez megbontja a stresszkezelés rendszerét, és az azzal összefüggő neurobiológiai rendszerekre (például az immunrendszerre és a fájdalomtűrés szabályozó rendszerére) jellemző dinamikus egyensúlyt, amely a hipofízis-mellékvesekéreg tengely (stressz-szabályozásért felelős rendszer) rendellenes működésében nyilvánul meg – ezt pedig jellemzően az FSD-kel hozzák összefüggésbe (Powell és mtsai, 2013; Tak, Rosmalen, 2010; Van Houdenhove és mtsai, 2013). Az immunrendszer rendellenes működését általában gyulladási folyamatok jelzik, a gyulladást elősegítő citokinek pedig bizonyítottan szerepet játszanak a letargia, a fokozott stressz- és fájdalomérzékenység, vagy enyhe láz kialakulásában, vagyis azokban az állapotokban, amelyeket jellemzően az FSD-vel küzdő pácienseknél figyelhetünk meg (Dantzer és mtsai, 2008; Watkins, Maier, 2005 idézi Luyten, Fonagy, 2016). Az oxitocin az egyik legfontosabb stressz-szabályozó hormon (Neumann, 2008 idézi Luyten és mtsai, 2012b), amelynek (dopamin felszabadító, vagyis jutalmazó hatása miatt) központi szerepe van az anyai viselkedés kialakításában és fenntartásában, valamint a szociális érzékenység növelésében (Fonagy és mtsai, 2012), ezen keresztül pedig a mentalizáció elősegítésében (Fonagy, Luyten, 2009; Luyten és mtsai, 2012a).

A képző eljárások és vizsgálatok azt bizonyítják, hogy a biztonságos kötődést mutató anyákban gyermekeik jelzései megbízhatóan, következetesen és erőteljesen váltják ki és erősítik meg a gondoskodást (nagyobb aktivitást mutatnak a mezokortiko-limbikus oxitocinerg és dopaminerg, vagyis jutalmazó feldolgozó agyterületen) (Strathearn és mtsai, 2009 idézi Fonagy és mtsai, 2012). Mindez pozitív reakciót vált ki csecsemőikből, mely jutalmazó értékkel bír, hiszen ezáltal örömteli az interakció. A mentalizáció az elsődleges tárgykapcsolatok interperszonális élményeiből fakad (Fonagy, 2003), és a szülői elme-tudatosság elősegíti a biztonságos kötődés, valamint a mentalizáció kialakulását (Fonagy és mtsai, 2012; Sharp és mtsai, 2006).

Az allosztázis zavara, a stressz-szabályozásban keletkező zavar, valamint az ehhez társuló biológiai és egyéni (viselkedéses) válaszok eredményeképpen úgynevezett másodlagos kötődési stratégiák alakulnak ki: a kötődésrendszer deaktiválása vagy túlaktiválása. Ezek a stressz-szabályozás további károsodását eredményezik, mivel a mentalizáció károsodásához köthetők, amely így további interperszonális problémákat okoz (Luyten, Fonagy, 2016). A meg nem értettség és az érvénytelenség érzésének ismételt átélése episztemikus bizalmatlansághoz vezet, amelynek egyik legfőbb jellemzője az orvosok, az orvosi beavatkozások, kezelések és terápia iránti teljes bizalmatlanság. Ez nagymértékben megnehezíti az együttműködést. Luyten és Fonagy (2016) amellett érvel, hogy az FSD-vel küzdő páciensek nehezen elérhetőek a korábbi negatív élményeik miatt (tehát a bizalmatlanságuk egy érthető stratégiára utal), illetve, hogy a kötődés és a mentalizáció rendellenességei nem feltétlenül voltak jelen az FSD kialakulása előtt, hanem épp ellenkezőleg, a makacs szomatikus tünetek, és a folyamatos allosztatikus teher miatt alakultak ki. Az izgalom fokozódásával, valamint az érzelemszabályozás nehézségeinek növekedésével együtt csökken az eseményekre való reflexió képessége. Ezzel összhangban vannak azok az eredmények, amelyek szerint fokozódó emocionális arousal hatására átkapcsolás történik a kortikális rendszerekből a szubkortikális rendszerekbe, vagyis az irányított/kontrollált mentalizációra való képesség kikapcsol (Fonagy és mtsai, 2012; Luyten és mtsai, 2012a), és az automatikus mentalizációba, ezt követően pedig a nem mentalizáló módokba kapcsol.

A biztonságos kötődés alapvető a stresszrendszer fejlődésében és szabályozásában (Gunnar, Quevedo, 2007 idézi Luyten, Fonagy, 2016), hiszen a biztonságos kötődés élményei kulcsszerepet játszanak a stressz-szabályozó rendszer létrejöttében és a nehézségekkel szembeni ellenállóképesség kifejlődésében. A biztonságos kötődési rendszerek – neurobiológiai – jutalmazó jellegüknel fogva az elfogadó, támogató viselkedést, a társas megismerés facilitálását és a mentalizációt, ezáltal pedig a stresszkezelés hatékonyságát erősítik. A biztonságosan kötődő egyének az irányított/kontrollált mentalizációt a kötődési rendszer aktivizálódása során is fenn tudják tartani (Mikulincer, Shaver, 2007). Az FSD-vel küzdő páciensek egy csoportjára jellemző a nem biztonságos, gyakran súlyosan sérült kötődés (Afari és mtsai, 2014; Luyten és mtsai, 2006; Luyten, Fonagy, 2016). A korai nehézségek, illetve a sérült, nem biztonságos kötődés bizonyítottan összefüggésben állnak a stresszel szembeni nagyobb sebezhetőséggel (Gunnar, Quevedo, 2007 idézi Luyten, Fonagy, 2016; Luyten, Van Houdenhove, 2013), de a folyamatosan fennálló szomatikus panaszok, fájdalmak hatására egy idő után még a biztonságos kötődési stratégiák is megváltoznak, és a stressz-

szabályozásban a másodlagos kötődési stratégiák veszik át a szerepet, amelyek azonban a mentalizáció további károsodásához vezetnek. Az egyik ilyen a kötődés deaktiválása: a páciens minden kötődési szükségletet megtagad, illetve mindent megtesz az önállóság, a függetlenség és az erő hangsúlyozásáért, így igyekezve csökkenteni a stresszt (Luyten, Fonagy, 2016; Mikulincer, Shaver, 2007). Sajnos ezek a kötődést deaktiváló stratégiák hosszú távon elszigetelődéshez és magányhoz vezethetnek (Mikulincer, Shaver, 2007), amely a stressz szintjét csak tovább növeli, melynek hatására bizonytalanság érzésük, valamint negatív szelf-reprezentációjuk újraaktiválódik (Mikulincer és mtsai, 2002). A másik másodlagos kötődési stratégia a kötődés túlaktiválása, amely azoknál a pácienseknél gyakoribb, akik az FSD mellett dependens vagy borderline személyiségzavarban is szenvednek. Ők akaszkodó, függő és követelőző viselkedéssel csikarják ki a környezetükből a támogatást és a megnyugtatót (Waller, Scheidt, 2006 idézi Luyten, Fonagy, 2016). Mindez ellenérzéseket és frusztrációt szül, amely értelemszerűen megerősíti a páciens azon (eredeti) félelmét, miszerint senki nem érti meg őt, ezért mindenki elutasítja. Nem történik meg a hatékony érzelem- és stresszszabályozás, növekszik az allosztatikus teher (McEwen, 2007 idézi Luyten, Fonagy, 2016), amely olyan ördögi körök kialakulásához vezet, amelyben a páciens a megnövekedett stresszre és szorongásra válaszképpen még erősebben támaszkodik a kötődést túlaktiváló stratégiákra (Luyten, Fonagy, 2016; Maunder, Hunter, 2008).

Az FSD tünetei, valamint az azok következményeként megjelenő másodlagos kötődési stratégiák használata a páciens mentalizációs kapacitására is negatív hatással van. Ez az úgynevezett nem-mentalizáló módok (újra)felbukkanásához vezet (Fonagy és mtsai, 2002; Fonagy, Luyten, 2016; Luyten, Fonagy, 2016), amely a tüneteket állandósítja, az interperszonális problémákat pedig súlyosbítja. A kellemetlen, sokszor fájdalmas tünetek egyfajta belülről jövő "támadásként" értékelhetőek, és a páciens nem képes a saját testét, mint „megélt testet” – vagyis egy olyan testet, mint amelynek birtokában van, és amely a másokkal való kapcsolat helyeként szolgál – látni (Fonagy, Luyten, 2016; Luyten, Fonagy, 2016; Luyten és mtsai, 2015). Schattner és munkatársai (2008 idézi Luyten, Fonagy, 2016) amellett érvelnek, hogy a krónikus szomatikus betegséggel küzdő páciensek a betegséget hajlamosak valamiféle "belső tárgyként" kezelni, amely folyamatos fenyegetésként van jelen, ezért a páciens alkudozik vele és arra törekszik, hogy megszüntesse, vagy elcsendesítse. Az állandósult szomatikus panaszok tovább növelik a stresszt, amely tovább károsítja a mentalizációt, beleértve a testet öltött mentalizációt (Fonagy, Luyten, 2009; Luyten, Fonagy, 2016; Luyten és mtsai, 2012a;

2015), amely három, úgynevezett nem-mentalizáló mód (újra)felbukkanásához vezet, amely állandósítja a tüneteket, és további interperszonális problémát eredményez.

A *pszichés egyenértékűség módjában* a páciens egyenlőségjelet húz a belső (mentális), és a külső valóság közé, vagyis az érzelmek és gondolatok teljesen valóságosnak tűnnek, ugyanakkora erővel lépnek fel, mint a külső valóság. Ennek folyamánya, hogy nem képes a nézőpontok között váltani, így nincs lehetőség alternatív interpretációkra sem (Luyten, Fonagy, 2016), valamint hiányzik a lelki-érzelmi állapot feltárására való képesség. Ez különösen a kötődést deaktiváló stratégiákat alkalmazó páciensekre igaz. Az ebben a módban működő páciens nem tesz különbséget testi és lelki fájdalom, illetve a testi és mentális kimerültség között, melynek gyakori következménye, hogy a lelki-érzelmi fájdalmat testi fájdalomként érzékeli. Ez magyarázhatja a fájdalom, kimerültség és depresszió között megfigyelt magas komorbiditást (Luyten, Fonagy, 2016; Van Houdenhove, Luyten, 2008). Nagyon gyakori a tehetetlenség érzése, amely katasztrófizáló látásmóddal, gondolkodással párosul, és mindez interperszonális problémákat eredményez. Amikor valaki elutasítja, vagy kritizálja az ebben a módban működő páciens, azt a szelf testi egysége elleni támadásként éli meg. Az egyik legfontosabb következmény, hogy a saját testét "idegen szelf-részként" kezdi el értelmezni (Luyten, Fonagy, 2016, 136-137. old.). Emiatt egy folyamatos nyomás nehezedik rá, hogy önmagán kívülre helyezze a szorongás, a tehetetlenség és a depresszió érzését – így próbálva védekezni a tehetetlenség és a teljes szétesés érzése ellen.

A *teleologikus módban* rendkívül erős a külső fókusz, amely azt jelenti, hogy a páciens kizárólag a jól megfigyelhető, racionális és célorientált viselkedést, vagy változást képes a másik szándékainak az indikátoraként elfogadni. Felismeri és érti, hogy a viselkedést mentális állapotok irányítják, de csak azokat az állapotokat képes értelmezni, amelyeknek valamilyen tisztán megfigyelhető oka van. Saját magára, illetve tüneteire és betegségére vonatkoztatva pedig újra és újra objektív bizonyítékokat és magyarázatokat keres (Luyten, Fonagy, 2016).

A *szinlelő módban* sérül a gondolatok és érzések, illetve a valóság kapcsolata. Ez azt jelenti, hogy a páciens gondolatai és érzései teljesen elszakadnak a külső valóságtól, extrém esetben hipermentalizációt okozva. Rágódik a tünetek, illetve a rendellenességek okain, melynek következtében végtelen analitikus és kognitív narratívák születnek, mindenféle érzelmi megalapozottság, vagy megélés nélkül. Mindemellert képtelen nézőpontot váltani (Luyten, Fonagy, 2016). A túlzott aggodalmaskodás és a dolgokon való rágódás nagyon sokszor az egészség iránti túlzott aggodásban, alvásproblémákban, szorongásrohamokban nyilvánul meg (Van Houdenhove, Luyten, 2008).

A páciens sem a színlelő módban, sem pedig a pszichés egyenértékűség módjában nem képes az elme és a külső valóság optimális kapcsolatát kialakítani és fenntartani. Optimális esetben a mentális állapotok a valóságot reprezentálják, de soha nem azonosak vele. A mentalizált módban a viselkedés a mentális állapotokkal összekapcsolva válik érthetővé, és a mentalizáló elme képes több különböző perspektívából tekinteni ugyanarra az interperszonális szituációra, vagyis több szempontból láttatni a valóságot (Allen és mtsai, 2011). Így – a mentális állapotai alapján – megérthetővé válik a másik ember viselkedése, illetve természetessé az a felismerés, hogy a másik is így jár el. Ez a folyamat szükséges ahhoz, hogy ebben az interszubjektív mezőben a másokra szociális-mentális ágensként tekintsünk.

Pszichoterápiás vonatkozások

FSD-től szenvedő páciensek pszichoterápiájánál azok az intervenciók a leghatékonyabbak, amelyek a kötődéseméleten alapulnak, mivel ezek lehetőséget adnak a tünetek és a betegség kialakulásában és lefolyásában szerepet játszó biológiai, pszichológiai és szociális tényezők együttes figyelembe vételére. A hangsúly a mentalizációs képesség, az érzelmek azonosításának, értelmezésének és kommunikálásának (ezen keresztül pedig az interperszonális problémák megoldásának) támogatásán van. A cél egyértelműen a stressz-szabályozás képességének a helyreállítása (különös tekintettel a stresszválaszként megjelenő másodlagos kötődési stratégiákra), valamint a testet öltött mentalizációs képességek (Luyten és mtsai, 2012a,b, 2013; Luyten, van Houdenhove, 2013), és az episztemikus bizalom helyreállítása (Luyten, Fonagy, 2016). Hosszútávon azok a módszerek a leghatékonyabbak, amelyek figyelembe veszik a páciens érvénytelenség- és meg nem értettség érzését, az interperszonális problémákat (beleértve a másodlagos kötődési stratégiákat), a (testet öltött) mentalizáció könnyű elvesztését és a nem-mentalizációs mód újraeledését, valamint a páciens elfogadását, támogatását és megerősítését (Luyten és mtsai, 2015). A páciens szenvedéseit elfogadó hozzáállás helyreállítja az episztemikus bizalmat, ezáltal a mentalizációs kapacitást, amely megnyitja az utat a megterhelésekhez kapcsolódó érzelmek kifejezése és a fejlődés felé. A rövid dinamikus kezelések jelentős javulást eredményeznek például a fájdalommal vagy az IBS-el küzdő páciensek állapotában (Abbas és mtsai, 2009 idézi Luyten és mtsai, 2015), valamint pozitívan befolyásolják a stressz- és érzelmszabályozást, illetve a mentalizációt biztosító idegpályák megfelelő működését (Abbas és mtsai, 2014). A hosszú, többkomponensű, pszichodinamikusan orientált intervenciók – a páciens mentalizációs képességének és szocializációs készségeinek fejlesztésével – különösen hatékonyan enyhítik a tüneteket (Beutel

és mtsai, 2009 idézi Luyten és mtsai, 2015), és tartós változásokat idéznek elő a páciensek funkcionális egészségi állapotában. A Fonagy és munkatársai (2010) által leírt Dinamikus Interperszonális Terápia (DIT) az itt-és-mostra koncentrált, valamint nagy hangsúlyt helyez a mentalizációra, az interperszonális problémákra és azok tünetekkel való kapcsolatára, a középpontban pedig az ezekre történő reflektálás folyamata áll. Rövid, összesen 16 alkalmas, és több különböző dinamikus terápia leghatékonyabb összetevőiből állították össze (Lemma, Target, Fonagy, 2010). Azt a nézőpontot tartja szem előtt, hogy a terapeuta részéről a legtöbb páciensnek nem arra van szüksége, hogy üres biológiai vagy pszichológiai elméleteket kapjon tünetei magyarázatára, hanem arra, hogy lassan – a saját ritmusában haladva, és figyelembe véve a gyakran súlyos pillanatnyi mentalizációs károsodásokat – a saját élményeinek helyes felhasználásával mutassa meg a pszichológiai (és egyéb) tényezők szerepét a tünetek állandósulásában (és eredetében). Mindehhez fontos a páciens együttműködése, érvénytelenség érzésének és az azzal kapcsolatos élményeinek elfogadása, a panaszokat és a szenvedés valóságát elfogadó attitűd, valamint az Interperszonális Érzelmi Fókusz (Interpersonal Affective Focus, IPAF) kijelölése, mely végső soron az egész terápia fókuszpontja. Az IPAF azt az ismétlődő érzelmi-kognitív, kötődési mintázatot jelöli, amely a pszichoszomatikus tünetek, FSD-panaszok és az interperszonális problémák kialakulásához, vagy állandósulásához vezet; valamint a szelfnek a másokkal való kapcsolatban megjelenő reprezentációját és az ezekből fakadó védekező funkcióit tartalmazza. A pácienssel együttműködve segít megtalálni a terápia tiszta és egyértelmű fókuszát (például rámutat a perfekcionista és önfeláldozó tulajdonságokra, amelyek az alattuk meghúzódó értéktelenség érzését kompenzálják). A kötődést deaktiváló stratégiákat alkalmazó páciensek például a szelfet erősnek, önállóknak és függetlennek látják (miközben nagyon erős a szeretet és elfogadás iránti vágyakozás), ezzel szemben másokat kritikusként, ambivalensként, vagy meg nem értőként jellemeznek. Ezt az IPAF–ot az agresszió, depresszió és tehetetlenség érzései kísérhetik. Saját szubjektív élményeiket dualisztikus szemléletmód – vagyis az elme-test kettőssége – jellemzi, melyben a szelfet az elmével azonosítja, a testet pedig „másikként” kezeli (Luyten és mtsai, 2012b). Látszólag és a felszínen intenzíven foglalkoztatja a teste, testi működései, de tudattalanul igyekszik elkerülni és nem figyelembe venni a testben gyökerező valóságokat. A kötődést túlaktiváló stratégiákat alkalmazó pácienseknél a szelf gondoskodóként és másokért aggódóként jelenik meg (miközben a frusztráció, bosszúság és a közönyös mások felé irányuló harag elleni védekezés van a háttérben), ezzel szemben másokat közönyösnek, érzéketlennek látnak, amely további tehetetlenséget és reménytelenséget ébreszt (Luyten és mtsai, 2015). A DIT-ben az egész folyamat alatt a páciens saját testi szelfjén van a fókusz, valamint másokra és

önmagára mások tükrében való reflektálás képességének kialakítása és megerősítése a cél. A legtöbbeknél ez a testet öltött mentalizáció károsodásának a felderítését jelenti, amely a testi és kapcsolati élmények szétválasztásán keresztül a test pozitív érzelmi jelentéssel való újradefiniálásához vezet. A tünetek, érzések, érzelmek megkülönböztetése és azok interperszonális kapcsolatokkal való összefüggéseinek feltárása és megtapasztalása egy koherens élettörténet kialakítását támogatja (melybe beletartoznak a jelen érzései, megélései, viszonyulásai és kapcsolatai). Fontos például, hogy a páciens észrevegye és tudatosítsa, ha feszültnek érzi a testét, az attól is lehet, mert éppen haragszik valakire; meg kell tanulnia szavakkal is kifejezni az élményeit; valamint különbséget kell tennie az egyes érzetek, érzések és élmények között (Luyten és mtsai, 2012b).

Eredmények: Sabina Spielrein gondolatainak hatása a későbbi pszichoanalitikus és pszichoszomatikus elméletekre

Sabina Spielrein éles látású, az akadémikus normákhoz ragaszkodó, eredeti és független gondolkodó volt, aki mind a klinikai munka, mind pedig a kutatás területén kiemelkedőt alkotott; és aktívan hozzájárult a pszichoanalízis fejlődéséhez. Úgy játszott kiemelkedő szerepet, hogy munkáiban egyszerre mindig több tudományterületet (pszichológia, orvostudomány, nyelvészet, irodalom, mitológia) fésült össze, áthidalva ezzel a közöttük feszülő szakadékot. Tevékenyen vett részt a kor legfontosabb pszichológiai központjaiban, és olyan kiemelkedő elméletalkotókkal volt szoros kapcsolatban, mint Jung, Freud, Piaget, Lurija vagy Vigotszkij, valamint olyan kulturális és intellektuális áramlatok csomópontjaiban tevékenykedett, amelyek támogatták a pszichoanalízis fejlődését, és később a gyermekpszichológia kutatásának melegágyává váltak. Érdeklődésének középpontjában mindig az átalakulás folyamata állt, alaptétele pedig, hogy a teremtés és a pusztítás összefonódik a fejlődés és a növekedés folyamatában; és a destrukcióban való elmerülés egy újfajta (ön)megismeréshez, (ön)megértéshez és újrateheremtéshez vezet. Ez a fejlődés záloga.

A továbbiakban – a rekonstrukció nehézségét szem előtt tartva – sorra vesszük azokat a fogalmakat, elméleteket, illetve elméletalkotókat, ahol tetten érhető a Spielrein-hatás. Jelentősebb írásait külön, míg az egyes elméleteket/modelleket tárgyaló tanulmányait, vagy korszakait, valamint a későbbi pszichoanalitikus/pszichoszomatikus elméleteket egyben tárgyaljuk.

A pusztítás mint a keletkezés oka

Spielrein tudományos munkái közül ez az első, amelyet önálló kutatóként és pszichoanalitikusként publikált. Ezen írása, és az azt megelőző előadás bővelkedik az újító gondolatokban, valamint sok későbbi elméletalkotóra hatással volt. Cooper-White (2015) azon a véleményen van, hogy ezzel Spielrein nemcsak a pszichoanalízis egyik legkiemelkedőbb gondolatmenetét alkotta meg, hanem az itt leírtak rendkívül termékenyítően hatottak az alakuló tudományra, valamint a későbbi elméletekre. Ovcharenko (1999) is kiemeli, hogy az itt megfogalmazott gondolatok jelentőségteljesek, előremutatóak és a pszichoanalitikus gyakorlat határait feszegetik.

A cikk megjelenése előtt, a Bécsi Pszichoanalitikus Társaság 1911. november 29-ei ülésén fejti ki az oralitás és agresszió kapcsolatáról alkotott nézeteit, nevezetesen a szexualitás és a csecsemő szopási vágya közötti összefüggést, valamint a korai orális szakaszban kialakuló pusztító hajlam megjelenését – megelőzve ezzel Abraham (1924) orális sadizmusról alkotott fogalmát. Ezen az estén hangzik el először nyilvánosan a halálösztön elmélete (Nunberg és Federn, 1974), bár meg kell jegyezni, hogy a fogalomról Freud rövid említést tesz 1909-ben Oskar Pfisterhez – a pszichoanalitikus paphoz – intézett levelében (Kerr, 1994). Freud későbbi, 1920-ban megjelent *Túl az örömelven* (Jenseits des Lustprinzips, magyarul megjelent: *Halálösztön és az életösztönök*, 1991) című könyvében jelenik meg először az agresszió, mint másodlagos ösztön a libidó mellett, illetve maga a halálösztön fogalma, melyet a psziché alkotóelemeként értelmez, tézise alátámasztásához pedig – annak ellenére, hogy néhány évvel korábban (az előadáson elhangzottak alapján) éppen ő maga kifogásolta Spielrein gondolatmenetében, hogy a pszichológiai tényeket biológiai alapokkal magyarázta – nagymértékben támaszkodik a biológiára.

Spielrein ebben a tanulmányában fejti ki a halálösztön fogalmát a pszichés működésben. Ez az első ismert tudományos leírása ennek a fogalomnak. Jung 1943-as *A tudattalan pszichológiája* (On the psychology of the unconscious [Über die Psychologie des Unbewussten] In: The collected works of C. G. Jung. Vol. 7.) című könyvében leírja, hogy a freudi terminológiában elterjedt halálösztön eredetileg Spielrein 1912-es, fent említett írásából származik (Caropreso, 2017; Carotenuto, 1982; Lothane, 2015). Az itt felbukkanó fogalmak – például egy olyan lelki működés feltételezése, amely megelőzi az örömelv által irányított funkciókat – kulcsszerepet kapnak Freud 1920-as évektől alkotott elméleti munkásságában (Caropreso, 2017; Cooper-White, 2015). Jung az 1911. augusztus 8-ai levelében így ír a készülő tanulmányról Spielreinnek: „Meglepett a kitűnő gondolatok bősége, amelyek némelyike egyes saját

ötleteimet is megelőlegezte. De örülök, hogy mások is úgy látnak dolgokat, ahogyan én. Gondolkodása nagyívű, messzeható és filozófikus” (Wharton, 2015b, 37. old. Ford: M.E.). Tudjuk, hogy ez a tanulmány végül a Jahrbuch-nak ugyanabban az 1912-es első számában jelent meg, ahol Jung ’A libidó szimbólumai és átváltozásai’(Wandlungen und Symbole der Libido, II. In: Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen 4(1): 162-465) című írása (később Az átváltozás szimbólumai címen lett ismert). A Spielrein által leírt faji psziché nagyon hasonlít a Jung által később megfogalmazott kollektív tudattalan fogalmára. Maga a kifejezés először 1916-ban jelent meg a Bevezetés a tudattalan pszichológiájába (The Structure of the Uncoscious. In: The Collected Works of C.G. Jung, Volume 7: Two Essays in Analytical Psychology, 1966) című írásában. Spielrein gondolatai megelőzték a kollektív tudattalan jungi koncepcióját, illetve fontos adalékok voltak a fogalom kialakulásában (Caropreso, 2017; Skea, 2006; Van Waning, 1992).

Spielrein ezen írásában arra tesz kísérletet, hogy bizonyítsa a mentális és szexuális élet élményei között meghúzódó kapcsolatot. Már az 1906-ban Jungnak írt levelekben (Spielrein, 1906-1907/2015) úgy érvel az érzelmi komplexusokat illetően, hogy azok a személyiség egybentartását szolgálják. Eszerint a hisztéria csupán akkor hatalmasodik el az egyénen, amikor az egészséges komplexusok már nem működnek. Saját tapasztalatai alapján úgy gondolja, hogy ez igazából egy alternatív személyiség létrehozására irányuló kísérlet. Mindezek mellett megfogalmazza azon gondolatát is, miszerint az ember egy olyan személyes transzformációra irányuló drive-val rendelkezik, amely állandó konfliktusban van az azt visszatartó elfojtó erővel. Behatóan foglalkozik a differenciáció folyamatával, vagyis annak felismerésével, hogy a szelfen belül egy másik szelf is létezik. Ez ahhoz hasonló, mint amikor a testbe egy másik test kerül (például szexuális élménykor). A szelf belső szétválása és hasadásai természetes mentális folyamat, és a többszörös-élmény állapot az elme alapvető sajátossága, amely a tudatosság különböző szintjein jelenik meg. Ezen gondolatok először az „Egy szkizofréniás eset (Dementia Praecox) pszichológiai tartalma” (1911) című doktori disszertációjában jelennek meg, majd egy évvel később a destrukció-tanulmányában (1912/2008) teljesebben ki. Harris (2015) felhívja rá a figyelmet, hogy az, ahogy Spielrein a pszichotikusok élményeit leírja, majdhogynem a disszociatív zavarok feltárását adja. Egyfajta elidegenedés tapasztalható, amellyel a személyes folyamatokat (érzelmeket, érzéseket, viszonyulásokat) a kollektív faj-pszichére viszik át, létrejönnek a hasadások a szelfben, melynek következtében szemlélőként vannak jelen saját életükben, vagyis kialakul az érdektelenség (és érzéketlenség) a saját belső világ iránt.

A tanulmányban megjelenő gondolatok a klasszikus pszichoanalitikus pszichoszomatika úttörőire is hatással voltak. Groddeck felfogása a betegségről (1925/1977), és a pszichoterápiáról (1933/2013) visszakapcsolható Spielrein destrukció-koncepciójához (1912/2008). Egyfelől úgy tekintett a betegségre, mint ami nem kívülről érkezik, és nem ártani akar (még akkor sem, ha a tünet fájdalmas és elviselhetetlennek tűnik), hanem egyfajta protektív, kontrolláló funkcióval bír az én számára; másfelől a pszichoterápia célját abban határozta meg, hogy a szervezet gyógyító erőinek működéséhez szabad teret engedjen annak érdekében, hogy a felépülést gátló elfojtott anyagok kiszabaduljanak, felszabaduljanak. Ezek szerint a szenvedés, a fájdalom és minden kínzó, önpusztító folyamat szükséges az integritáshoz és a megfelelő működéshez, mert végső soron fejlődésünket és gyógyulásunkat segíti. Spielrein elméletéhez (1912/2008) köthető Ferenczi megfigyelése a háborús neurózisok tüneteinek leírásáról (1918/2005c), miszerint a szétesés, lefagyás és remegés a szervezet természetes és normális védekezése. Olyan automatizmusok, amelyek (én)védelemként szolgálnak és a keletkezéshez, fejlődéshez, gyógyuláshoz vezetnek. Az, ahogyan Ferenczi a regresszióról gondolkodik (1918/2005a), és különleges terápiás értéket, hatékonyságot tulajdonít neki (én-regresszióként tekint rá és terápiásan támogatja, mert a gyógyulás elengedhetetlen részének tartja) nagymértékben hasonlít Spielrein terápiás felfogására és hozzáállására (1912a,b).

Mind a doktori disszertációjában, mind a destrukció tanulmányában megfogalmazott gondolatok (Spielrein, 1911, 1912a,b) visszhangjai megjelennek Ferenczi (1924/1989) és Bálint (1994) munkáiban. Spielreinhez hasonlóan Ferenczi is aktív és kiterjedt folyamatként tekintett az internalizációra. Kiemelendő, hogy az agresszió és a destrukció témájánál Spielreinre hivatkozik, amikor azt mondja, hogy az önpusztításban „az a figyelemre méltó, hogy itt (az alkalmazkodásnál, a környezet elismerésénél, a tárgyilagos véleményalkotásnál) a destrukció ténylegesen a „fejlődés okává” válik. Hozzájárulunk az én részleges destrukciójához, de csak azért, hogy a maradékból egy még ellenállóbb ént építsünk fel” (Ferenczi, 1926/2006b, 44. old.). Mindezek mellett az emléknymokat „traumás behatások hegeinek” (i. m. 44. old.), vagyis destrukciós produktumoknak tekinti, amelyeket az Erősz képes az élet fenntartására fordítani, mégpedig úgy, hogy új lelki rendszert hoz létre belőlük, amely aztán alkalmazkodóképessé teszi az ént. Tehát a fejlődés szolgálatába állítja. Bálint (1994) a regressziót a gyógyulás előfeltételének tekintette: esély az újrakezdésre, a gyógyulásra és a fejlődésre. Az általa leírt – megismerésre irányuló – jóindulatú regresszió, valamint a tudattalan időtlenség ereje, hatása a mentális működés primitívebb formáiban, és a

reprezentáció magasabb szintjein, mélyen spielreini gondolatokat tükröz (1911, 1912a, 1923f,g).

Szintén az említett két tanulmányban hangsúlyos az a gondolat, miszerint ahhoz, hogy megfigyeljünk és megértsünk egy elmét, egy másik elmére van szükség. Ez a megállapítás tér vissza Winnicottnál (1960), miszerint önmagában nincs olyan, hogy csecsemő, csak a csecsemő és az anyja vannak. A tárgykapcsolat elsődlegességét (a tárgyhasználattal szemben), valamint azon paradoxon elfogadását hangsúlyozza, miszerint a „baba létrehozza a tárgyat, de a tárgy már ott van, arra várva, hogy létrehozzák és megszállják” (Winnicott, 1971/1999 89. old.). Ide kapcsolódik Bion (1962) elmélete, miszerint kezdetben az anya olyan mentális funkciókat lát el (a fizikai-testi kielégítéseken túl), amelyekre a csecsemő még nem képes és csak az anyát internalizálva válik képessé. Az összeolvadás állapotában olyan érzelmi élményei vannak a csecsemőnek, amelyek még nem a sajátjai, hanem az anya gondolkodó funkciója. A csecsemő a kellemetlen élményeket és érzéseket kivetíti az anyamellre; az anya pedig mintegy konténerként, tartályként tartalmazza őket, vagyis mentális képessége (gondolatai, fantáziái) tesz rendet a csecsemő kaotikus élményeiben. Felfogja a csecsemő érzelmi állapotait, viseli és tartalmazza a szorongást. Ennek folyamányaként a csecsemő internalizálja a kapcsolatot és az anyát, mint gondolkodó tárgyat – ezáltal válik képessé arra, hogy önmaga tartályává váljon. Damasio (1996) elgondolása is ide kapcsolódik, miszerint az elme az agy és a test folyamatos dialektikájától függ (csakúgy, mint környezetünkkel kapcsolatos percepcióink); és az agy a környezettel és a testtel kapcsolatos tudatosságát az egész testünkről alkotott térkép állandóan megújuló, megszakítás nélküli változtatásával és frissítésével tartja fenn. Ez azt jelenti, hogy önmagában nincs olyan, hogy agy, hiszen az agy valójában a test része. Mindezen gondolatok a mentalizáció elméletben csúcsosodnak ki: ahhoz, hogy saját magunk és mások állapotairól, érzelmeiről és gondolatairól gondolkodni tudjunk, először a másikkal való biztonságos és ráhangolódó-tükröző kapcsolat, ebben a kapcsolatban egy kontingensen reagáló szülői mentalizálás, majd a másokkal szembeni önmagunk megkülönböztetése és meghatározása szükséges (Allen és mtsai, 2011; Fonagy és mtsai, 2002).

Hatása Piaget-ra, valamint az 1920-1923 közötti időszak

Spielrein az 1920-as évektől behatóan foglalkozott a gyermeki beszéd és gondolkodás fejlődésével. 1920-ban (Hug-Hellmuth, A. Freud, Klein, Abraham, Eitington, Ferenczi mellett) részt vett a Hágában megrendezett VI. Nemzetközi Pszichoanalitikus Kongresszuson (Etkind, 1999; Harris, 2015; Launer, 2014), melyen előadta a gyermeki beszéd fejlődésével kapcsolatos nézeteit. Az előadásról egy rövid beszámoló jelent meg az IZP hasábjain (Spielrein, 1920e).

Spielrein egy fejlődési fázisokra vonatkozó modellt állított fel: hogyan jut el a gyermek az autisztikus beszédűtől a mágikus beszédén át a szociális beszédig. Ebben az időszakban a Rousseau Intézetben dolgozik, és kollégája többek között Piaget, aki szintén részt vett ezen a kongresszuson, és egy évvel később publikálta első cikkét a gyermeki beszéd és gondolkodás fejlődéséről (Etkind, 1999), valamint néhány évvel később Spielrein nyelvfejlődési modelljéhez (autisztikus, mágikus és szociális beszéd) hasonló elméletet (egocentrikus és szociális beszéd) fogalmaz meg (Piaget, 1926/2002). Mindketten Bleuler tanítványai és csodálói voltak (Launer, 2014), és kollégákként minden bizonnyal megvitatták nézeteik hasonlóságát és különbözőségét, valamint hatottak egymás érdeklődésére és gondolkodására. Emiatt (is) lehetnek az egymást átfedő témák, párhuzamosan megjelenő munkamódszerek, illetve a közös terminológia. Harris (2015) kiemeli, hogy az, ahogy Piaget a gyermeki gondolkodás természetét bemutatja (például különböző szálakból szőtt fészkekhez hasonlítja), nagyon hasonlít ahhoz, ahogy Spielrein a gondolatok „ragadóságáról”, és az „asszociációk kereszteződéseiről és szétszakadásáról” ír (Spielrein, 1923f). Spielreint elsősorban a személyiség, a gyermeki gondolkodás, illetve ezek testtel és tudattalannal való kapcsolata érdekelte. A beszéd és a gondolkodás fejlődésében a reprezentáció különböző szintjeit, valamint az érzelmek és azok kapcsolódását tartotta különösen fontosnak. A szimbolizáció fejlődését a testi, kinezetikus, vokális és motoros élményekből vezette le (Spielrein, 1922d, 1923f, 1931). Spielrein eredeti és kreatív módon kutatta a tudatosság fejlődését és a gyermekek tér-, idő- és szándékérzékelését, ami akkoriban Piaget-t is foglalkoztatta – korai munkáin egyértelműen érződik a pszichoanalízis hatása, különösen Spielrein gondolatai (Harris, 2015; Vidal, 2001). Harris (2015) azon a véleményen van, hogy Piaget minden újítónak mondott munkája a Spielrein által tanított és kutatott elméletekben gyökerezik.

Spielrein beszéd és gondolkodás, valamint az idő, tér, és tudattalan folyamatok kapcsolatáról szóló tanulmányai (1920e, 1922d,e, 1923a,e,f,g) a mai mentalizáció felfogásban és klinikai gyakorlatban való alkalmazásában érhetőek tetten (Allen és mtsai, 2011). A nyelv és gondolkodás fejlődéséről (1920e,1922d,1923e,f,g) szóló elmélete, amely Vigotszkij (1978) szociális fejlődéselméletében bontakozott tovább, szintén a mai mentalizáció elméletben érhető tetten azon alapgondolat mentén, miszerint az elme és a szelf érzése kívülről befelé, vagyis az interperszonális folyamatoktól az intrapszichés folyamatok felé halad. Ez leginkább a közös figyelem és az érzelmi tükrözés helyzeteiben bontakozik ki, amely a mentalizálás alapját képezi (Allen és mtsai, 2011; Reddy, 2005); ráadásul ezek egymást támogatják a fejlődési folyamat során, hiszen az itt megmutatkozó kezdetleges mentalizáló képességek elengedhetetlenek a nyelv elsajátításához.

Spielrein ebben az időszakban keletkezett művei arról tanúskodnak, hogy terápiás munkájában ellenezte a túl korai, sürgető vagy kényszerítő értelmezéseket, mert azok csak a páciens rossz érzéseit, büntudatát mélyítik. Úgy gondolta, hogy amíg a páciens nem áll készen arra, hogy megértse vagy felhasználja azokat (például hogy elfogadja önmagát, vagy megbocsásson önmagának), addig inkább ártanak, mint használnak (Spielrein, 1921a, 1922a, 1929). Ezen gondolatok jelennek meg később Bálintnál (1961), aki a legfontosabb terapeuta-készségnek a hallgatást, a türelmet és a kivárást tartotta. A szorongás és a szenvedés (a regresszióhoz hasonlóan) nem feltétlenül rossz és kerülendő, hanem a fejlődés része. Mindezek mellett – Spielreinhez hasonlóan – olyan kreatív alkotó folyamatként tekintett a betegségre, amely hatalmas fejlődési lehetőségeket rejt magában. Vigotszkij (1978) proximális fejlődési zónáról alkotott elmélete szintén Spielrein terápiás gondolatait tükrözi (1922a, 1929): a terapeutának türelmesen kell várnia az értelmezéssel (semmi esetre sem történhet idő előtt), és mindig csak egy picivel járhat a páciens előtt – ezzel adva biztonságot és támaszt, így segítve a fejlődést.

Hatása Lurijára és Vigotszkij-ra, valamint az 1924-1931 közötti időszak

Ebben az időszakban tudományos munkái főleg gyermekmegfigyelésekről, és gyermekanalízisekről szólnak (melyek a gyermekpszichológia fejlődésére voltak nagy hatással); de sok közülük a gyermekek gondolkodása és beszédzavaros betegek vizsgálata során tett lenyűgöző megfigyeléseiről és összehasonlításairól tanúskodik. 1923 végén az Orosz Pszichoanalitikus Társaság ülésén előadást tart 'A gondolkodás az afázia esetében és az infantilis gondolkodás' címmel, melyben kifejti, hogy afázia esetében a gondolkodás zavara a gyermeki gondolkodásra hasonlít, és mindkét gondolkodási típus a beszéd kialakulásának folyamatát világítja meg (Etkind, 1999). Amíg a nyelv, a fogalomtár és az intelligencia párhuzamosan fejlődik, addig afázia esetén ezek primitívebb szintre esnek vissza, mely a gondolkodásban is tetten érhető (Spielrein, 1923e, 1923f, 1923g). Ezen gondolatok érhetőek tetten Lurija későbbi neuropszichológiai kutatásaiban és eredményeiben.

Spielrein igen eredeti módon, mindig a pszichoanalízis szemüvegén keresztül vizsgálta a tudatosság (és a beszéd) fejlődését, valamint elemezte a tér, idő és okozatiság fogalmát, ahogy azt a különböző fejlettségi szinteken álló gyermekek és a beszédzavarral élők kifejezik (1922b, 1922e, 1923e, 1923f, 1923g). Elméletei és munkamódszere Vigotszkij (1967, 1978) munkásságára is hatottak (Lurijához hasonlóan rendszeresen látogatta Spielrein gyermekfejlődéssel foglalkozó kurzusait és előadásait), aki 1924-től Spielrein (többlépcsős) nyelvfejlődési modelljéhez nagyon hasonló elméleteket kezdett megfogalmazni a nyelv és a

gondolkodás, valamint a belső nyelv és a szociális nyelv kapcsolatáról. Fejlődéelméletében a társas, szociális mozzanatnak központi jelentősége van: a sajátosan emberi lelki jelenségek először mindig emberek között zajlanak, és csak utána válnak belső folyamattá. A kognitív fejlődés (mely egyszerre külső és belső fejlődés) állandó mozgásban, átalakulásban van, és mindig a szociálistól halad az egyéni felé. A nyelv és a beszéd kommunikációs, kapcsolatteremtő és interakciós eszközből válik a belső kommunikáció eszközévé (ez jelenik meg később a mentalizációval foglalkozó elméletekben). A nyelv és gondolkodás fejlődésével foglalkozó többlépcsős modellje a fejlődést és a változást (amely minden esetben az egyensúly felbomlásával és újraformálódásával jár) a párbeszédből, a gondolatok és a beszéd kölcsönös egymásra hatásából, folyamatos átalakulásából eredezteti.

A gyermekpszichológia terén alkotott újításai, és hatása a későbbi gyermekanalízisre
Spielrein a gyökere a gyermekpszichológiában megjelenő pszichoanalitikus módszereknek, különösen a megfigyelés, a hallgatás, a szavak nélküli jelenlét és együttlét, a rajzolás, valamint a beszéd és a gondolkodás kibomlása során megjelenő szimbolizáció és tudatosság szintjeinek tanulmányozásában. Felismerte annak fontosságát, hogy a gyermekpszichológia és a pszichoanalízis meríthetnek egymás tudásanyagából. A 'Néhány gondolat a gyermek lelkéről' (Spielrein, 1913a) című munkája egyrészt bátor, hiszen saját gyermekkori fantáziáit és félelmeit analizálja; másrészt az első olyan pszichoanalitikus cikk, amely a gyermekkori fantáziák és félelmek témakörében született, valamint gyermekek analízisét (köztük álomanalízist) írja le. Figyelemreméltó, hogy saját emlékeit, születésről és teremtésről alkotott fantáziáit elemzi; kerüli a (direkt) kérdéseket, ezzel is azt támogatva, hogy a gyermekből természetesen és spontán módon szülessenek meg a gondolatok és az asszociációk, valamint az, hogy a párbeszédet és a gyermekek megnyilvánulásait, kifejezéseit szó szerint lejegyezze.

Gyermekekkel folyó munkáiban elsőként használta a megfigyelés módszerét, különösen a gyermekek beszédének és játékának vizsgálatában (Spielrein, 1913a, 1916, 1921b, 1927). Hug-Hellmuth (1912) szerint a gyermekanalízis az analitikusok saját gyermekeinek megfigyelésével kezdődött, és Spielrein munkái is ezt támasztják alá, hiszen saját lánya beszédének, gondolkodásának, érzelmeinek fejlődéséről nagyon alapos, aprólékos feljegyzéseket készített (Spielrein, 1920a, 1920b, 1920c, 1922d, 1923g). Rendszeresen használta a – mai kifejezéssel élve – játékterápiát, mellyel kapcsolatban Hug-Hellmuth-ot jelölte meg a módszer kidolgozójaként (Spielrein, 1929). A klinikai gyakorlatban a szavak használatáról úgy vélekedett, hogy azok eltávolítják az embert a saját énjétől és a megéléstől, éppen ezért mindennél fontosabbnak tartotta a hallgatást, a türelmes várakozást és az empátikus kezelést,

amely nem tartalmaz túl korai, sértő vagy intruzív interpretációkat. Azt hangsúlyozta, hogy elég, ha egyszerűen csak biztatják a gyermeket, hogy beszéljen, és így megtalálja az előremutató irányt; valamint a gyermekekkel folytatott terápiában nincs szükség a tudatos feldolgozásra (Spielrein, 1927, 1929).

Gyermekmegfigyelései, a gyermekekkel folytatott terápiái, a gyermekek szójátékairól, álmairól, fantáziáiról és félelmeiről, valamint a gyermeki nyelv fejlődéséről szóló írásai mind megelőzik kortársait, köztük Klein és Anna Freud hasonló területen végzett kutatásait. Tudjuk, hogy Klein hallgatta Spielrein gyermekmegfigyelésekről, gyermekterápiákról, gyermekek fantáziáiról és félelmeiről szóló előadásait; valamint Anna Freuddal együtt mindketten jelen voltak a hágai Kongresszuson – ahol Spielrein bemutatta a nyelvről és gondolkodásról írt, klinikai anyaggal alátámasztott tanulmányát, amelyben központi szerepet kapott a tudattalan szerepe a csecsemőkorban (Etkind, 1999; Harris, 2015; Launer, 2014). 'A gyermeki papa és mama szavak keletkezése' című cikkében a csecsemő anyai mellel való kapcsolatát hangsúlyozza, és összefüggésbe hozza az oralitást a csecsemő szopásával és az elválasztással (Spielrein, 1922d); mely témák később Klein (1962/2000) elméletének központi gondolatai. Az említett cikkben nemcsak a freudi gondolatok érhetőek tetten, hanem a modern és empirikus tudomány (nyelvészet, fejlődéslélektan) hatásai is. Korát meghaladó gondolatokat és módszereket ír le, hiszen nemcsak a csecsemő és az emlő kapcsolatának fontosságára és lelki fejlődésben betöltött szerepére hívja fel a figyelmet, hanem hihetetlenül érzékenyen és precízen vizsgálja a csecsemő- és kisgyermekkori fejlődést (beleértve saját gyermeke fejlődését), összekapcsolva az anya szerepével, empátiájával és a kötődéssel. Továbbmegy a két szó eredetének vizsgálatánál, és összekapcsolja a nyelv fejlődésének természetét az elme növekedésével és érésével. Tulajdonképpen egy új nyelvi elméletet dolgoz ki, melyet a pszichoanalízis fogalmaival kapcsol össze. Leírja, hogy az emberi nyelv nem szavak, hanem dallam, ritmus, vagyis zene formájában kezdődik; és egyedülálló, ahogy a szájmozgás és a beszéd kapcsolatára felhívja a figyelmet; illetve ahogy a szavakat, valamint a beszéd- és gondolati fejlődés szintjeit elemzi, és ahogy felsejlik, hogy a beszéd minden aspektusa tudattalan elemeket, jelentéseket hordoz. Spielrein mindezek mellett hangsúlyt helyez a nők, különösen az anyák speciális szerepére azzal, hogy leírja, ahogy ösztönösen ahhoz a nyelvezethez alkalmazkodnak, amit a csecsemő/gyermek már képes használni, játszanak a szavakkal, és ráhangolódnak a csecsemőre, beleéreznek az elméjébe. Wharton (2015c) felhívja rá a figyelmet, hogy Spielrein ezen írása olyan gondolatokat fogalmaz meg a játékról és annak szociális, interakós hatásairól – különösen a felnőttek szóbeli játékaikról és a csecsemő

elméjébe való beleézésről – amelyek később Winnicott átmeneti tárgyokról és átmeneti terekről szóló munkáiban jelennek meg (vö. Winnicott, 1987, 1989).

A nyelv- és gondolkodás fejlődésével, időséggel és tudattalannal foglalkozó cikkeiben nemcsak a pszichoanalízis, de az orvostudomány, a nyelvészet (és általában a nyelvek) eredményeit is felhasználta (Spielrein, 1922e, 1923e, 1923f, 1923g). Rájött, hogy a kisgyermek hajlamosak inkább asszimilálni egy új gondolatot egy ismerős fogalomba, ahelyett, hogy külön fogalomként azonosítanak. A szülőkkel való interakciót és a szocializációt különösen fontosnak tartotta, hiszen a gyermek nyelve, fogalomtára és intelligenciája csak ezek által tud fejlődni.

Freud (1905) halálöszön-elméletéből és Klein (1962/2000) megállapításából kiindulva, miszerint a destruktív agresszió a mellre irányuló belső irigységben gyökerezik, Winnicott (1987) konstruktív jelleget adott az agresszióknak, és kiemelte pozitív értékét. A spielreini gondolat érhető tetten abban, hogy a belső agressziót egyfajta életerőnek, aktivitásnak, energiának és mozgásnak tekintette, amelyből a szülővel való interakció nyomán szeretet vagy gyűlölet ered. Nagyon fontos lépés, mikor a csecsemő fantáziájában elpusztítja a tárgyat, mely azt jelenti, hogy omnipotens kontrollján kívülre helyezte, vagyis inntől kezdve használhatja a (valós) túlélő tárgyat. Winnicott (1971/1999) felhívja a figyelmet arra, hogy a destruktív játékok szerepet a realitás megteremtésében, a tárgy szelfen kívüli elhelyezésében, a tárgyállandóságban és ezen keresztül a tárgy használhatóságában. A psziché testben való lakozásának szubjektív élményét határozta meg a perszonalizáció központi vonásaként, és – mivel az önmagunk és mások között húzódoó határok lerombolására irányuló szándékot agresszív folyamatként jellemezte – az agressziót (annak destruktív vonzataival együtt) szükségszerűnek tartotta az egészséges személyiségfejlődéshez, illetve az én és nem-én korai megkülönböztetéséhez, vagyis az énhatárok kialakításához és megszilárdulásához (Winnicott, 1962/2004; 1987). Terápiásan úgy gondolkodott, hogy a destruktív aktivitás a páciens kísérlete arra vonatkozóan, hogy a terapeutát saját omnipotens kontrollján kívülre, a valós külvilágba helyezze, és így használja. Spielrenhez hasonlóan a hallgatást, a meghallgatást és a kivárást hangsúlyozta, mert úgy gondolta, hogy csak így jut el a páciens kreatívan és örömmel a megértéshez.

Test, kinesztézis, pszichoszomatika

Az 1920-as évektől kezdődően Spielrein tudományos gondolkodásában egyre hangsúlyosabb szerepet kaptak a testi érzetek, élmények, valamint a képi-kinesztetikus gondolkodás. Nyelv-

és gondolkodáselmélete (1920e,1922d,1923e,f,g) nem nélkülözi a testet, a testi kifejeződést, a gesztusokat, valamint az intonáció (dallam) és szájmozgás kapcsolatát. A hangképzés és a beszéd kifejlődését a szopás és gagyogás orális élményéből eredezteti; illetve a psziché két szférája közötti kapcsolónak tekinti.

'A gyermeki papa és mama szavak keletkezése' című munkájában nemcsak a csecsemő szájmozgása és a beszéd (illetve első szavak) kapcsolatára hívja fel a figyelmet, hanem arra is, hogy a csecsemő-anya kapcsolatban – az anya testével való kontaktus során – tapasztalja meg először a csecsemő, hogy létezik külvilág. Önmagát először testi érzetek mentén különbözteti meg a másiktól (az anya mellének keménysége vagy puhasága, a száj mozgásával szembeni ellenállása); ráadásul ez a megkülönböztetés az alapja annak, hogy a csecsemő – a másikkal való testi érintkezés során – megtanulja a szeretés és a boldogság állapotát, valamint azt, hogy a külvilággal szemben létezik egy óvó-védő menedék, aki éhségét is csillapítja (Spielrein, 1992d). Az, ahogy a csecsemő az emlővel játszik, játékosan elengedi és ismét megragadja, olyan szenzomotoros élmények, amelyek által felfedezi a jelenlétet, a hiányt és saját létezését is. A szavak érzelmi állapotokat fejeznek ki, és mind a szülőhöz való kötődésre, mind az elválasztás folyamatára utalnak – vagyis a kötődés, az érzések, a nyelv és a kogníció kölcsönös kapcsolatáról van szó. A mágikus szakaszban a szavak mágikus hatása révén a kisgyermek a beszédet (vagyis az oralitáshoz kapcsolt szavakat), mint az akció egy formáját megidézi – ezzel könnyebb elviselni a hiányt (Spielrein, 1992d).

Az 'Egy két és fél éves gyermek gondolatmenete' című írásában a gyermekek és az afáziás betegek gondolkodásának összehasonlítása kapcsán kifejti, hogy egyrészt a gyermeki gondolkodás a kinesztetikus-vizuális gondolkodást követi; másrészt a tudattalan működése alapvetően kinesztetikus-vizuális, vagyis a testi érzetekben érhető tetten leghamarabb, melyet az organikus képi gondolkodás egészít ki. A nyelvi-motoros képek tulajdonképpen tudattalan kinesztetikus képek, és minden szóbeli képzetnek megfelel egy nyelvi-motoros kép (Spielrein, 1923e).

A 'Néhány összefüggés a gyermekek gondolkodása, a beszédzavar és a tudattalan elme között' című írásában részletesen bemutatja a gyermeki gondolkodás ragadósságát, illetve a kereszteződő gondolatcsoportok jellemzőit; és az intelligencia fejlődésével (illetve visszafejlődésével) kapcsolatban a motoros-verbális képek, vagyis a kinesztézis szerepét hangsúlyozza. Ez azt jelenti, hogy a tudattalan gondolatok elsősorban kinesztetikus-vizuális képek formájában érhetőek tetten (Spielrein, 1923f).

A 'Nyitott és csukott szemmel készült gyermekrajzok' című írása szintén megmutatja kreativitását és éles gondolkodását. Képi- vagy szervi-nyelvnek (Organsprache) hívja azt a működést, amikor az absztrakt szavakban megnyilvánuló képesség elsődleges testi és szervi érzeteket tartalmaz. A képi-kinesztetikus gondolkodás leginkább az álmokban érhető tetten; tudatos működésünknel pedig a látott képek érzeteit (íz, illat, hideg, meleg, izomérzet) is felfogja – melyek a testünktől elválaszthatatlanok. A vizsgálat során a kinesztetikus vizuális képek és azok szimbolikus gondolkodással való kapcsolatát bizonyítja. Arra mutat rá, hogy gyermekkorban nagyon jellemző a kinesztetikus tapasztalatok alapján való rajzolás, mely felnőtteknél leginkább akkor érhető tetten, ha csukott szemmel rajzolnak. A rajz, és különösen a vakon készített rajz diagnosztikus értékű, hiszen nagyon lényeges pontokra világít rá a személyiséggel kapcsolatban: csukott szemmel közelebb maradunk az elsődleges testi érzetekhez, és egyszerűbben, de könnyebben kifejezhető a személyiség. Spielrein ezzel megerősítette azt, hogy a vizuális képek (szemben az absztrakt, logikus gondolkodással) testi élményekben gyökereznek. A sematizálás kéz a kézben jár az absztrakt-logikai gondolkodással, vagyis, ha egy gyermek a rajzokban erősen hajlik a sematizálásra, akkor hajlamosabb az absztrakt-logikai gondolkodásra és viszont (Spielrein, 1931).

Spielrein destrukció-felfogása (Spielrein, 1911, 1912a) – miszerint a destruktív folyamatok a gyógyulás és fejlődés okai és céljai lehetnek – köszön vissza Ferenczi 1932-es Klinikai Naplójában (1996), amely egyrészt betekintést nyújt belső világába, a betegséggel való küzdelmeibe, abba, ahogy a testről gondolkodott és viszonyult hozzá, valamint abba, ahogy a pszichoszomatikus tünetekről gondolkodott és a konverziót tulajdonképpen a testtel való gondolkodással azonosítja.

Szintén Spielrein destrukció-felfogása érhető tetten Perls (1973/2004) introjekció-projekció-összemosódás elméletében, aki ezzel a folyamattal írja le a növekedést, fejlődést és gyógyulást. Akkor fejlődünk és növekszünk, ha „megemésztyük” és asszimiláljuk azt, amit kaptunk. Le kell bontani, elemeire, részeire kell szedni (vagy engedni, hogy szétessen), hogy hasznosítani tudjuk. Az egészben, rágás nélkül lenyelt „ételt” nem tudjuk hasznosítani, nem járul hozzá személyiségünk fejlődéséhez, azt vagy kiteszük, vagy megfekszi a gyomrunkat, vagy megmérgez (Perls, 1973/2004). A viszonyulásokat, gondolatokat, a külvilágból érkező cselekvési-, érzés- és értékelési módokat meg kell emészteni, hogy sajátunkká tegyük – ellenkező esetben idegenek maradnak és megbetegítenek. Az introjekció egyrészt azzal a veszéllyel jár, hogy az egyén nem tudja felfedezni és kifejezni magát, másrészt hozzájárul a személyiség fragmentációjához (Perls, 1973/2004): elmozdul az egyén és a világ között húzóó

határ, beljebb kerül, és így nem marad az egyén saját maga számára hely. Ennek fontos pszichoszomatikai vonatkozásai vannak, hiszen az introjekció hatására kezd az agresszió befelé, az egyén felé irányulni, vagy az elidegenedettség érzése lép fel (saját folyamatoktól és állapotoktól). A projekció során ezzel épp ellentétesen, az egyén saját érdekében odébb (kijjebb) húzza a határt önmaga és a világ többi része között úgy, hogy ne kelljen felelősséget vállalni személyisége azon aspektusaiért, amelyek nehezek vagy kellemetlenek. Ebben az esetben sem képes különbséget tenni személyisége azon aspektusai között, amelyek a sajátjai és azok között, amelyeket kívülről kényszerítenek rá. A két folyamat (introjekció és projekció) természetesen összefügg. A projekció folyamata során igyekszik megszabadulni az introjektumoktól (amelyek valójában saját maga részei). Ezen gondolatok Spielrein nagyon korai írásaiban felfedezhetők (Spielrein, 1911, 1912a,b), melyeket elsősorban a pszichotikus, szkizofrén, vagy erősen szomatizáló páciensekkel végzett munkája nyomán fogalmazott meg. Mindezek mellett ide kapcsolható egyrészt Fonagy és mtsai (2002) megállapítása, miszerint a mentalizálás hiánya, vagy zavart működése (amely az önszabályozást és a belső állapotokon való gondolkodást is akadályozza) önbüntető, autoagresszív, öndestruktív megnyilvánulásokat eredményez; másrészt Winnicott (1971/1999) elmélete, miszerint a tükrözés hiánya instabil és nem összefüggő szelfreprezentációk kialakítását eredményezi a gyerekekben, melynek hatására saját szelfreprezentációja részeként internalizálja a szülő torzult reprezentációit. A szelf ilyen fajta szakadását a mentalizáció elmélet idegen szelfnek nevezi (Fonagy és mtsai, 2002), és felhívja rá a figyelmet, hogy a páciensek emiatt a negatív, sokszor destruktív viselkedésüket kívülről jövőnek, nem sajátként, saját szelfjüktől disszociáltként, vagy kívülről kényszerítettként élik meg. Perls (1973/2004) elméletének harmadik folyamata az összemosódás, melyben semmilyen határ nincs az egyén és környezete között, a részek és az egészek nem különböztethetők meg egymástól. Az egyén nem tudja megtapasztalni saját magát, nincsen határ közte és a külvilág között, és nem érzi a kapcsolatot saját magával sem. A teljes összezavarodottságig összeköti egymással szükségleteit, érzelmeit, viszonyulásait és viselkedését, valójában nem tudja megmondani, hogy mit és hogyan érez, valamint állapotát sem képes összekötni mindazzal, amit átél és megtapasztal. A pszichoszomatikus tünetekben a leggyakrabban ezzel az összemosódás állapotával találkozunk (Perls, 1973/2004).

A kapcsolatelmélet kutatók (Bowlby, 1973; Ainsworth, 1978 idézi Looker, 1998) és interszubjektív követőik (Stern, 1985/2002; Beebe és Lachmann, 1988; Knoblauch, 1997 idézi Looker, 1998) – Spielreinhez hasonlóan – konstruktív szerepkörbe helyezik az agressziót; kiemelve annak kreatív oldalát. Úgy gondolják, hogy a csecsemőben él egyfajta belső késztetés egy kölcsönösen egymásra hangolódó kapcsolat megteremtésére a szülővel és a környezettel.

Ez mutatkozik meg például a mosolygásban, kar nyújtogatásában, szemkontaktus keresésében. Ezen viselkedésformák az interperszonális túlélést hivatottak elősegíteni, ugyanakkor a szó destruktív értelmében agresszióként is értelmezhetők: amikor a szülő érzelmileg vagy fizikailag elérhetetlen, a gyermek dühös sírással, kiabálással, kapálózással tiltakozik. Ezen agresszív (energiával teli) megnyilvánulások hatására a szülő a gyermek igényeihez igazítja a válaszreakcióit. Ellenben, a szülővel való kapcsolatteremtésre tett kudarcos próbálkozások haragot, frusztrációt és elkeseredést szülnek (Bowlby, 1973). Ez az elkeseredés egy holt teret (légüres teret) hoz létre az anya és a gyermek, valamint a test és az elme között, amelyben védelmi jellegű patológiás gondolatok kezdenek elszaporodni. Green (1993 idézi Looker, 1998) ennek mentén leírja, hogy a gyermek a test és az elme korai elszakadása után maradó légüres teret vagy ürt szado-mazochisztikus gondolatokkal és fantáziákkal próbálja helyreállítani (ezen az állásponton van Winnicott is). A mentalizáció elméletek szintén (a nem kontingens tükrözés folyamányaként kialakult) fragmentált szelférezésként megélt idegen belső élményekre hívják fel a figyelmet (Fonagy és mtsai, 2002). Az FSD-vel küzdő páciensek tüneteiket sokszor saját (megélt, belakott) testük, valamint a másokkal való kapcsolat helyének az érzékelésére való képesség elleni belső támadásként élik meg (lásd Driver, 2005; Luyten és mtsai, 2015). A pszichés egyenértékűség módjában működve saját (fájdalmas, érthetetlen tüneteket produkáló) testüket idegen szelférezésként (Luyten és mtsai, 2012b), a fájdalmat pedig idegen testnek élik meg. A pszichoszomatikus tüneteket az elme és a test egyensúlyának helyreállítására tett próbálkozásoknak tekinthetjük. Spielrein sokat foglalkozott a pszichotikusok élményeivel, folyamataival, fantáziáival, beszédével és a különböző álomállapotokkal. A pszichotikusoknál tapasztalt elidegenedéssel – nevezetesen a saját elmétől való eltávolodással és elidegenedéssel, amikor az én-pszichéből mi-psziché lesz – a mentális folyamatok két különböző aspektusát írja le. Az én-psziché szubjektív, megélt, intrapszichés és sok tudattalan elemet, folyamatot tartalmaz; ellentétben a mi-pszichével, amely olyan internalizált elemeket, folyamatokat tartalmaz, amelyeket nem érzünk magunkénak. Vagyis az elmében megjelenik a másik, amely idegennek és erőltetettnek érződik, ezért lehasad a szelf alakuló, gyengébb és érzékenyebb részeiről. A hasadások és szétválások testi élmények szintjén is megjelennek és érzékelhetőek. A mi-pszichében a személy csak nézőként van jelen, elidegenedve saját magától, folyamatától és a testétől (Spielrein, 1911, 1912a,b). Nincs kapcsolódás a sajátéhoz, nincs megélés, átélés. Ezek az állapotok a teleologikus és a színlelő módban is tetten érhetőek (Luyten, Fonagy, 2016), valamint a szomato-pszichoterápiás térben is megjelennek.

A szavak, a beszéd a társak keresésére és a kapcsolódásra irányuló fizikai-testi készletéből fejlődik ki; valamint egyaránt megjelenik benne az öröm és a valóság princípiuma. Ezen

gondolatok érhetőek tetten a későbbi interszubbjektivitást hangsúlyozó nyelvfejlődéssel és szimbólumalkotással foglalkozó elméletekben: a nyelv szabályszerűségei és a szimbólumalkotás az interszubbjektíven szerveződő érzéki tapasztalatokból, valamint a testi élmények differenciálódásából (gesztusok, pozíciók, testben létezés) erednek (lásd Kristeva, 1980; Loewald, 1978, 1980; Merleay-Ponty, 2006). Mindezek mellett Spielrein úgy gondolta, hogy a szavak használata sokszor eltávolít a szelftől és a megéléstől; összezavarjuk vele önmagunkat és másokat is (1911, 1912a). Hasonló gondolatokat fogalmaz meg Lacan (1997), majd később Stern (1985/2002).

Spielrein számára magától értetődő, hogy az érzékelés, az észlelés, az érzések és az érzelmek testi élményekben lokalizálhatók, és alapvetően kapcsolatban fejlődnek. A gyermek szopás közben, az anya testével való kontaktus során, ahogy az anya melle ellenállást fejt ki a száj mozgásával szemben, tapasztalja meg azt a szeretet-kapcsolatot, amelyben elkezd megkülönböztetni önmagát a másiktól. Ezen gondolatok hangsúlyosak az interszubbjektivitást hangsúlyozó elméletekben: a test az interperszonális kapcsolatban születik.

A spielreini gondolatok érhetőek tetten abban, ahogy McDougall (1989, 2000) a pszichoszomatikus tünetektől szenvedő páciensek öndestruktív viselkedését az én integritását célzó kísérletként értelmezi, és a regresszió verbális feldolgozását nehezítő, rosszindulatú hatását a szomatikus tünetképzéssel kapcsolja össze.

Spielrein korai írásaira – például a differenciációról, a transzformációról, valamint a szelf megosztott és többszörös élményállapotairól (1911, 1912a,b, 1922e) – találunk utalásokat Dimen (2003) elméletében, valamint a szomato-pszichoterápiás módszerekben (például énrészekkel való munka). A másik belső jelenlétének megtapasztalása a szelffejlődés és affektusszabályozás egyik fontos állomása, amely először mindig a test szintjén jelenik meg.

Összegzés

A disszertáció a destrukció és a pszichoszomatikus betegségstörténés kapcsolatát járta körbe, melynek Spielrein (1912/2008) azon alaptétele volt a kiindulási alapja, miszerint a destrukció alapvetően pozitív, és a gyógyulást, a fejlődést, az életet segíti elő. Ez a gondolat személyes életében és szakmai, terápiás munkájában egyaránt központi helyet töltött be, és (egyéb kulcsfogalmi mellett) érvényesnek látszik a pszichoanalitikus és jelenkori pszichoszomatika-elméletekben egyaránt. A pszichoszomatikus tünetekkel küzdő páciensek – interszubbjektivitás elméleti háttéréből táplálkozó – pszichoterápiás, illetve szomato-pszichoterápiás folyamataiban egyértelműen látszik, hogy a destrukció nagyon mély tudattalan erőket és érzelmeket mozgat

meg, ugyanakkor természetes és kikerülhetetlen. Mindezek mellett tetten érhetőek azok (az alapvetően) testalapú élmények, amelyek segítik az önreflexiót, a testi önreflexiót, a mások mentális állapotaira való reflektív képességet, az affektusok szabályozását, ezáltal a mentalizációt, valamint a testi és lelki-érzelmi integrációt.

A szomatizációval, illetve pszichoszomatikus tünetekkel küzdő pácienseknél gyakran találkozunk agresszív, főleg destruktív folyamatokkal. Ha a testi tüneteket, betegséget nem csupán szomatikus zavarnak fogjuk fel, hanem esélynek arra, hogy feldolgozásával a személyiség magasabb szinten, koherensen működjön, akkor megláthatjuk benne azt, hogy a szorongás, a feszültség, a fájdalmak, a sokszor rémisztő vagy érthetetlen testérzetek természetes módon tartalmazzák a destruktív elemeket is – ily módon pedig a saját gyógyulás és fejlődés irányába tett természetes megnyilvánulásoknak tekinthetők és azok szolgálatába állíthatók. Pszichoterápiás keretek között általában az derül ki, hogy a destruktív agresszió valójában kétségbeesett konstruktív agresszió (Molnár, 2021), ezért az elsődleges cél a testben való elmélyedés és a testérzetek mentén történő megismerés, hiszen a destrukció alkalmazkodó és reménytelen előrevivő törekvéseit, potenciális lehetőségeit fel kell használni. Ez akkor tud megtörténni, vagyis akkor tudjuk a kibillent egyensúlyt helyreállítani, ha az öndestruktív folyamatokat elfogadva, egy kreatív, alkotó és küzdő erővé alakítjuk át.

Mivel a destrukció alapvetően a szorongás elkerülésére és az ego teljességének megőrzésére tett kísérlet, melyben fontos aktus az önátadás (vö. Reich, 1972, 1973), az agresszió és a destrukció bevonása a kapcsolatba és a test alapú tapasztalatokba az egyik legfontosabb terápiás feladat. Az ilyen jellegű állapotok egyfajta határhelyzetet jelentenek: a testi és lelki tűrőképesség, az integritás és a saját testhez való viszony központi jelentőségűvé válik. A valóságészlelés, az önreflexió, az intra- és interperszonális kapcsolatkézség és a szelféret megváltozik. A betegség, beleértve a szomatizációt, illetve pszichoszomatikus tüneteket is, szakadást idéz elő a szelf-integritásban, zavart okoz az affektusok szabályozásában, az énkép és a testkép összhangja megbomlik. Nincs meg a saját testtel való kapcsolat, illetve az zavart és nem megbízható, ezáltal pedig az érzések és az énkép is. Ez tapasztalható például a színlelő módban lévő pácienseknél is, akiknél megszakadt a gondolatok, érzések, érzelmek és a valóság közötti kapcsolat (Luyten, Fonagy, 2016).

A páciensek gyakran arról panaszkodnak, hogy nem képesek természetesen lélegezni, nem érzik saját testi ritmusukat, illetve azt, hogy mi van odabent, nem képesek interoceptív értékelésre tüneteik kapcsán (Bogaerts és mtsai, 2010), vagy nem képesek teljesen elfoglalni saját testüket (Molnár, 2019). Pedig a testet öltött mentalizáció a(z ön)reflexió és a másokkal való összekapcsolódás legalapvetőbb bázisát képezi. A szomatizáló páciensek gyakran tagadják

a közelség, az intimitás, az érintés, vagy akár a szemkontaktus iránti vágyat, és megkérdőjelezi mások elérhetőségét is – ez elsősorban a kötődést deaktiváló stratégiákat alkalmazó páciensekre igaz, akik mindezzel saját érzékenységüket és sebezhetőségüket leplezve, függetlenségüket, önállóságukat és erejüket hangsúlyozzák (Luyten és mtsai, 2012b; Mikulincer, Shaver, 2007). Ahhoz, hogy az említett belső erőhöz visszataláljunk, bizonyos esetekben a legjobb, ha hagyjuk a folyamatot a maga útján menni és nem szakítjuk meg, hanem támogatjuk és elősegítjük a széthullási, majd az újraszerveződési folyamatot – ezen gondolatok Spielrein korai munkáiban is megjelennek (Spielrein, 1912a,b, 1913a,b). Ez egy inkubációs állapotként is felfogható (Csíkszentmihályi, 2014), amelyben fontos az élményeket és a problémákat egy ideig a tudat küszöbe alatt hagyni (érlelni) (Molnár, 2021). Spielrein (1923f) szerint a tudatos folyamatnak fel kell használnia a tudattalan folyamatokat és gondolatokat, mert csak a tudattalan és a tudatos gondolat együttműködése eredményez alkotó (és gyógyító) tevékenységet. Feltételezhetően ez történik az inkubáció szakaszában (Csíkszentmihályi, 2014), és erre kell törekedni a pszichoterápiás, szomato-pszichoterápiás folyamatban is. Csakis ezáltal tud a betegség az eredeti forrással egyesülve személyes megoldásokat szülni.

A pszichoszomatikus tünetekkel küzdő pácienseknél a betegségtapasztalat új testi és lelki-érzelmi viszony kialakítását teszi szükségessé, melynek célja a test és a vele való kapcsolat újradefiniálása, valamint ezen keresztül az érintegritás kialakulása. Az átmeneti állapotot – mely egyben átmeneti szelfvesztéssel is jár – nehéz elviselni, de muszáj teljesen elengedni a régit ahhoz, hogy kialakulhasson az új. A megélt test a páciensben lévő fontos hiány (saját lélegzet, izomtónus, mozdulat, hang) felismerését segítő eszköz lehet. A páciens így szélesebb, átfogóbb képet nyer saját belső és külső helyzetéről, és ezek a pillanatok megmutatják azt is, hogy eddig nem volt kapcsolatban, illetve nem volt tudatában saját lényének fontos aspektusaival. Mindennek hatására újradefiniálja saját testét, és a vele való kapcsolatot, mely gyakran az ismerőség és újdonság érzésével jár, így öröm társul hozzá, hiszen egy régen elfeledett részével kerül újra kapcsolatba.

Az interszubjektivitást hangsúlyozó elméletek szerint a test(reprezentáció) az interperszonális kapcsolatban születik; tehát az interperszonális testi és lelki helyzetekben (amilyen a szomato-pszichoterápiás kapcsolat is) testi, érzelmi, észleleti és érzékleti tapasztalatok születnek. A felfedezések, legalábbis kezdetben a megtapasztalás pillanatában léteznek. Így létrejön Winnicott (1962/2004) átmeneti tér fogalmához hasonlóan egy átmeneti testi tér, amelyben lehetőség nyílik arra, hogy a testi érzetek személyes szimbolikus jelentést, megértést kapjanak – ezáltal az érzelmek testi szinten is helyet találnak. Ez egy olyan belső állapotot foglal magában, amely hasonló Freud (1916-1917/1986) szabadon lebegő figyelem fogalmához. A

szomatizációtól, pszichoszomatikus tünetektől szenvedő pácienseknél e térnek a testet is magában kell foglalnia, hiszen testünk érzetek formájában raktározza el minden élményünket és tapasztalatunkat. Önmagunkról alkotott képünk elsősorban egy testi szelf, testi érzeteinkben gyökerezik és testképünket tükrözi (Aron, 1998). Ez adja meg az alapot a szelf szerveződésének, melyen keresztül az affektusok szabályozása, a figyelmi kontroll, végső soron pedig a mentalizáció, illetve a testet öltött mentalizáció képessége kialakul (Fonagy és mtsai, 2012; Luyten és mtsai, 2012a,b). Ez különösen a pszichés egyenértékűség módjában lévő páciensek esetében fontos, akik a pszichológiai fájdalmat hajlamosak testi fájdalomként érzékelni (Luyten és mtsai, 2012b).

A pszichoterápiás kapcsolatban a terapeuta saját teste és a páciens testélménye, valamint teste és lelki-érzelmi állapota közötti kapcsolat keresésére fordított figyelem meghatározó jelentőségű (Looker, 1998). Mindezért, a terápiás tér a testi tapasztalatok megélésének fontos helye, hiszen az élő test itt és most megtapasztalása, a testi és lelki-érzelmi állapotok összekapcsolása teszi lehetővé terapeuta és páciens interakcióját. A megélt test, a terapeuta és a páciens testének tapasztalata nagyon értékes forrás, és e két minőség beillesztése a verbális terápiákba mélyebb megértéshez és változáshoz vezet. Ezáltal tud például helyreállni a testet öltött mentalizáció (Luyten, Van Houdenhove, 2013), amely mind a kötődést deaktiváló, mind pedig a kötődést túlaktiváló páciensek esetében károsodott (Luyten és mtsai, 2012a,b). Esetükben különösen oda kell figyelni arra, hogy terápiájukban helyet kapjon a belső állapotaikra való reflektálás és szubjektív élményeikkel, történeteikkel való összekapcsolás. A test jelzi jelenlétét és sérülékenységét, reagál és megváltoztatja, mélyíti a közös munkát (Balamuth, 1998).

A szomato-pszichoterápia, amely a testet öltöttséget magától értetődőnek tartja, a páciens érzelmi viszonyulásainak mélyebb jelentését, valamint az összefüggések megértését azzal támogatja, hogy az interpretációba beemeli a testérzeteket, a testben megélt és tárolt érzelmeket, emlékeket és viszonyulásokat. Természetesnek és magától értetődőnek veszi, hogy a testi tünetek, érzetek, érzések, mozdulatok, gondolatok, szavak és képek a kapcsolatfelvételt és a kapcsolatban maradást, ezen keresztül pedig a fejlődést és a gyógyulást szolgálják. A páciens megértéséhez, a mögöttes tartalmak követéséhez és felfejtéséhez nemcsak arra kell képesnek lennie a terapeutának, hogy a másikat megfigyelje, hanem arra is, hogy mentális állapotaira, gondolataira és érzelmeire reflektáljon. A mentalizáció alapvetően egy olyan imaginatív mentális folyamat (Fonagy és mtsai, 2012), amelyben érzékeljük és értelmezzük mások szükségletét, meggyőződését és célját, elképzeljük, hogy mit gondol vagy érez; és amely az interperszonális tapasztalatokból, hangsúlyosan pedig az elsődleges tárgykapcsolatokból alakul

ki (Fonagy, 2003). A biztonságos kötődés (Ainsworth, 1978 idézi Fonagy és mtsai, 2012), a ráhangolódó szülői gondoskodás, az anyai elme-tudatosság vagy másnéven reflektív képesség pozitív kapcsolatban áll a gyermek mentalizációs- és affektusszabályozó képességével (Meins és mtsai, 2001; Oppenheim és mtsai, 2002; Sharp és mtsai, 2006). A mentalizációra képes, és koherens családi diskurzust facilitáló (Hills és mtsai, 2003, idézi Fonagy és mtsai, 2012) szülő elősegíti a mentalizáció kialakulását a gyermekben, aki így képessé válik más emberek viselkedése és megnyilvánulása mögötti szándékokat megfigyelni, megérteni és előre jelezni. Ez pszichoterápiás keretek között is hasonlóan történik: az elme-tudatos terapeuta ráhangolódik és reagál a páciens aktuális állapotaira, kihangsúlyozza meglátásait, elfogadó és mentalizáló interakciót tart fenn, valamint segíti az érzelmi jelentéssel teli, koherens önéletrajzi narratíva létrehozását (Meins és mtsai, 2001; Allen és mtsai, 2011). Mindezek mellett, követi a páciens az asszociációk, elbeszélés, viselkedés, testtartás, mozgás mentén, és ebből rekonstruálja a másik tudattalanját; másfelől önmagát is figyelemmel kíséri (az érzéseket, hangulatokat, viszonyulásokat). Fontos a terápiás testi kapcsolatra történő tudatos odafigyelés (hiszen testünkön keresztül és testünként alakítjuk ki a kapcsolatot), valamint a terapeutának a saját magával való kapcsolat követése (befelé kapcsolódás, belső testi állapot monitorozása). Ráhangolódó rezonancia, érzelmi együttmozgás, valamint az élmény tudatosítása, követése, önmagunkban való felidézése és megnevezése zajlik egyszerre. Ez a felismerés, vagy megnevezés sokszor nem szavakban, nem a verbális tartományban történik, hanem testi gesztusokban, mozdulatokban, megnyilvánulásokban.

A Tézisekben felhasznált irodalom

- Abraham, K. (1924/1969). Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In: *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung*. Frankfurt, aM.
- Abbass, A., Nowowieski, S. J., Bernier, D., Tarzwell, R., Beutel, M. (2014). Review of psychodynamic psychotherapy neuroimaging studies. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(3):142–147.
- Ablin, J. N., Buskila, D., Van Houdenhove, B., Luyten, P., Atzeni, F., Sarzi-Puttini, P. (2012). Is fibromyalgia a discrete entity? *Autoimmunity Reviews*, 11(8):585-588.
- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76: 2–11.
- Aggarwal V. R, McBeth J., Zakrzewska J. M., Lunt M., Macfarlane G. J. (2006). The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *International Journal of Epidemiology*, 35(2):468–476.
- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A. W. (2011). *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Budapest, Lélekben Otthon könyvek.
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Keck, P. E., Auchenbach, M. B., Javaras, K.N., Hess, E.V. (2006). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8): 1219-1225.
- Aron, L. (1998). The clinical body and the Reflexive Mind. In: *Relational Perspectives on the Body* (pp. 3-37). New York, Routledge.
- Balamuth, R. (1998). Re-membering the Body: A Psychoanalytic Study of Presence and Absence of the Lived Body. In: *Relational Perspectives on the Body* (pp. 263-286). New York, Routledge.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 33(1): 28–34.
- Bálint, M. (1961). *Az orvos, a betege és a betegség*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Bálint, M. (1994). *Az őstörés. A regresszió terápiás vonatkozásai*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Beebe, B., Lachmann, F. M. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11(2): 127–165.
- Bion, W. (1962). *Learning from Experience*. London, Heinemann.
- Bogaerts, K., Van Eylen, L., Li, W., Bresseleers, J., Van Diest, I., De Peuter, S., Stans, L., Decramer, M., Van Den Bergh, O. (2010). Distorted symptom perception in patients with medically unexplained symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1):226–234.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol II: Separation, Anxiety and Anger* (pp. 1-429). London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
- Bucci, W. (1994). The Multiple Code Theory and the Psychoanalytic Process: A Framework for Research. *Annual of Psychoanalysis*, 22:239-259.
- Cabré, L. J. M. (1999). Ferenczi Sándor hozzájárulása a vizontáttétel fogalmához. In: Erős F. (szerk.), *Ferenczi Sándor* (pp. 240-252). Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
- Caropreso, F. (2017). The death instinct and the mental dimension beyond the pleasure principle in the works of Spielrein and Freud. *International Journal of Psychoanalysis*, 98: 1741-1762.
- Carotenuto, A. (1982). *A secret symmetry. Sabina Spielrein between Jung and Freud*. New York, Patheon Books.
- Carotenuto, A. (1986). *Tagebuch einer heimlichen symmetrie Sabina Spielrein zwischen Jung und Freud*. Freiburg, Kore.
- Carotenuto, A. (2015). *Jung és Freud között. Sabina Spielrein története*. Budapest, Animula Kiadó.

- Cooper-White, P. (2015). „The power that Beautifies and Destroys”: Sabina Spielrein and „Destruction as a Cause of Coming into Being”. In: *Pastoral Psychology* 64: 259-278.
- Csíkszentmihályi, M. (2014): *Kreativitás. A flow és a felfedezés avagy a találékonyság pszichológiája*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Damasio, A. (1996). *Descartes tévedése*. Budapest, AduPrint.
- Dantzer, R., O’Connor, J.C., Freund, G.G., Johnson, R.W., & Kelley, K.W. (2008). From inflammation to sickness and depression: When the immune system subjugates the brain. *Nature Reviews. Neuroscience*, 9(1): 46 – 56.
- Dimen, M. (2003). *Sexuality, Intimacy, Power*. Hillsdale, NJ, Analytic Press.
- Driver, C. (2005). An under-active or over-active internal world? *Journal of Analytical Psychology*, 50:155–173.
- Etkind, A. (1999): Sabina Spielrein: tiszta játék egy orosz lánnyal. In: *A lehetetlen Erősz. A pszichoanalízis története Oroszországban* (pp. 246-323). Budapest, Európa Könyvkiadó.
- Ferenczi, S. (1918/2005). *A hisztéria és pathoneurózisok. Pszichoanalitikai értekezések*. Budapest, Neumann Kht.
- Ferenczi, S. (1918/2005a). Pathoneurózisok. In: *A hisztéria és pathoneurózisok. Pszichoanalitikai értekezések* (pp. 2-9). Budapest, Neumann Kht.
- Ferenczi, S. (1918/2005c). A háborús neurózisok pszichoanalízise. In: *A hisztéria és pathoneurózisok. Pszichoanalitikai értekezések* (pp. 39-50). Budapest, Neumann Kht.
- Ferenczi, S. (1919). A pszichoanalízis technikájához. In: *A pszichoanalízis haladása* (pp. 59-66). Budapest, Dick Manó kiadása.
- Ferenczi, S. (1924/1989). *Thalassa: A Theory of Genitality*. London, Karnac Books.
- Ferenczi, S. (1926/2006a). Az aktív pszichoanalitikus technika kontraindikációi. In: *Technikai írások* (pp. 22-33). Budapest, Animula Kiadó.
- Ferenczi, S. (1926/2006b). A kedvezőtlen mozzanatok elfogadásának problémája. In: *Technikai írások* (pp. 34-46). Budapest, Animula Kiadó.
- Ferenczi, S. (1996). *Klinikai Napló 1932*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Fogassi, L., Ferrari, P. F., Gesierich, B., Rozzi, S., Chersi, F., Rizzolatti, G. (2005). Parietal lobe: From action organization to intention understanding. *Science*, 308(5722): 662-667.
- Fonagy, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal*, 24(3): 212-239.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York, Other Press.
- Fonagy, P., Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*, 21(4):1355–1381.
- Fonagy, P., Luyten, P. (2016). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. *Developmental psychopathology*, 1-67.
- Fonagy, P., Luyten, P., Bateman, A., Gergely, Gy., Strathearn, L., Target, M., Allison, E. (2012). Kötődés és személyiségpatológia. In: J. F. Clarkin, P. Fonagy, G. O. Gabbard. (szerk.): *A személyiségzavarok pszichodinamikus pszichoterápiája* (pp. 39-93). *Klinikai kézikönyv*. Budapest, Oriold és társai.
- Freud, S. (1905/1995). *Három értekezés a szexualitásról*. Nyíregyháza, Kötet Kiadó.
- Freud, S. (1916-1917/1986): A tünet képződésének útjai. In: *Bevezetés a pszichoanalízisbe* (pp. 293-307). Budapest, Gondolat.
- Gergely G., Watson, J. S. (1996). The Social Biofeedback Theory Of Parental Affect-Mirroring: The Development Of Emotional Self-Awareness And Self-Control In Infancy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77:1181-1212.

- Groddeck, G. (1925/1977): *The Meaning of Illness*. In: *The Meaning of Illness. Selected psychoanalytic Writings by Georg Groddeck* (pp. 197-202). New York, International Universities Press.
- Groddeck, G. (1933/2013): *Exploring the Unconscious. Further Exercises in Applied Analytical Psychology*. Martino Publishing Mansfield Centre.
- Harris, A. (1998): *Psychic Envelopes and Sonorous Baths: Siting the Body in Relational Theory and Clinical Practice*. In: L. Aron, F. S. Anderson (Eds.), *Relational Perspectives on the Body* (pp. 39-64). Routledge, New York.
- Harris, A. (2015). „Language is there to bewilder itself and others”: Theoretical and Clinical Contributions of Sabina Spielrein. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 63(4): 727-767.
- Hofer, M. A. (2003). The emerging neurobiology of attachment and separation: How parents shape their infant's brain and behavior. In: S. W. Coates, J. L. Rosenthal, D. S. Schachter, N. J. Hillsdale (Eds.), *Trauma and Human Bonds* (pp. 191-209), Analytic Press.
- Kerr, J. (1994). *A most dangerous method. The story of Jung, Freud, and Sabina Spielrein*. New York, Vintage Books.
- Klein, M. (1962/2000). *Irigység és hála*. Budapest, Animula.
- Kristeva, J. (1980). *The bounded text. Desire in language: A semiotic approach to literature and art*. Columbia University Press.
- Krystal, J. H. (1997). Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2): 126–150.
- Lacan, J. (1997). Szeminárium az ellopott levélről. In: *Testes könyv II.* (pp. 7-39). Szeged.
- Launer, J. (2014). *Sex Versus Survival. The Life and Ideas of Sabina Spielrein*. London, Duckworth Overlook.
- Lemma, A., Target, M., Fonagy, P. (2010). The development of a brief psychodynamic protocol for depression: Dynamic Interpersonal Therapy (DIT). *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(4):329–346.
- Loewald, H. W. (1978). Primary process, secondary process and language. In: *Papers on Psychoanalysis* (pp. 178-208). New Heaven, Yale University Press.
- Loewald, H. W. (1980). Instinct theory, object relations and psychic structure formation. In: *Papers on Psychoanalysis* (pp. 207-218). New Heaven, Yale University Press.
- Looker, T. (1998). „Mama, Why Don't your feet Touch the Ground?": Staying with the Body and the Healing Moment. In: L. Aron, F. S. Anderson (Eds.), *Relational Perspectives on the Body* (pp. 237-262). New York, Routledge.
- Lothane, H. Z. (1999). Tender Love and Transference. Unpublished letters of C. G. Jung and Sabina Spielrein. *International Journal of Psychoanalysis*, 80: 1189-1204.
- Lothane, H. Z. (2015). Tender Love and Transference. Unpublished Letters of C. G. Jung and Sabina Spielrein. (with an addendum/discussion). In: C. Covington, B. Wharton (Eds.), *Sabina Spielrein. Forgotten Pioneer of Psychoanalysis* (pp. 126-158). Routledge.
- Lothane, H. Z. (2016). Sabina Spielrein's Siegfried and other myths: facts versus fictions. *International Forum of Psychoanalysis*, 25(1): 40-49.

- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Cosyns, N., Van den Broeck, A. L. (2006). Are patients with chronic fatigue syndrome perfectionistic – or were they?: A case-control study. *Personality and Individual Differences*, 40: 1473–1483.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., Vermote, R. (2012a). The assessment of mentalization. In: A. Bateman, P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 43-65). Washington, American Psychiatric Association.
- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., Fonagy, P. (2012b). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(2): 121-140.
- Luyten, P., Abbass, A. (2013). What is the evidence for specific factors in the psychotherapeutic treatment of fibromyalgia?: Comment on “Is brief psychodynamic psychotherapy in primary fibromyalgia syndrome with concurrent depression an effective treatment? A randomized controlled trial.” *General Hospital Psychiatry*, 35(6): 675–676.
- Luyten, P., Beutel, M., Sharar, G. (2015). Functional Somatic Disorders. In: P. Luyten, L. C. Mayes, P. Fonagy, M. Target, S. J. Blatt (Eds.), *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology* (pp. 287-310). New York, The Guilford Press.
- Luyten, P., Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4): 366-379.
- Luyten, P., Fonagy, P. (2016). An Integrative, Attachment-Based Approach to the Management and Treatment of Patients with Persistent Somatic Complaints. In: J. Hunter, R. Maunder (Eds.), *Improving Patient Treatment with Attachment Theory: A Guide for Primary Care Practitioners and Specialists* (pp. 127-144). Springer International Publishing Switzerland.
- Luyten, P., Van Houdenhove, B. (2013). Common and specific factors in the psychotherapeutic treatment of patients suffering from chronic fatigue and pain disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(1): 14–27.
- Mahler, M. (1971). A study of the separation-individuation process. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26:403-424.
- Maunder, R. G., Hunter, J. J. (2008). Attachment Relationships as Determinants of Physical Health. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry: Vol. 36, Special Issue: Psychoanalysis and Psychosomatics*, 11-32.
- McDougall, J. (1989). *Theatres of the body. A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York, W. W. Norton & Company.
- McDougall, J. (2000). Theatres of the psyche. *Journal of Analytical Psychology*, 45:45-64.
- McDougall, J., Coen, S. J. (2000). Affect, Somatisation and Symbolisation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 81:159-161.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers’ comments on infants’ mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5): 637-648.
- Merleau-Ponty, M. (2006). *A látható és a láthatatlan*. Budapest, L’Harmattan.
- Mikulincer, M., Gillath, O., Shaver, P. R. (2002). Activation of the Attachment System in Adulthood: Threat-Related Primes Increase the Accessibility of Mental Representations of Attachment Figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4): 881–895.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change*. New York, The Guilford Press.
- Molnár E. (2019). A test, mint az önmegismerés és gyógyulás színtere. In: Kapitány-Fövény M., Koncz Zs., Varga S. K. (szerk.) *Klinikai szakpszichológia a gyakorlatban* (pp. 387-406). *Útirányok*. Budapest, Medicina Könyvkiadó.

- Molnár, E. (2021). A fejlődési krízisek destruktív folyamatának szomatopszichoterápiás megközelítése. *Pszichoterápia*, 30(1): 32-41.
- Nijenhuis, E. R. S., Mattheß, H. (2006). Traumabezogene strukturelle. Dissoziation der Persönlichkeit. *PiD*, 7: 393–398.
- Nijenhuis, E. R. S. (2014). Dissociation in the DSM–5: Your View S’il Vous Plaît, Docteur Janet? *Journal of Trauma & Dissociation*, 15:245–253.
- Nunberg, H., Federn, E. (Eds.) (1974). *Minutes of the Vienna Psychoanalytic*, 1910-1911, Vol. 3 *Society* (pp. 329-336). New York, International Universities Press.
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N. (2002). Mothers' insightfulness regarding their children's internal worlds: The capacity underlying secure child–mother relationships. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 23(6): 593-605.
- Ovcharenko, V. (1999). Love, psychoanalysis and destruction. *Journal of Analytical Psychology*, 44: 355-373.
- Pae, C. U., Luyten, P., Marks, D. M., Han, C., Park, S. H., Patkar, A. A., Masand, P. S., Van Houdenhove, B. (2008). The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder: A comprehensive review. *Current Medical Research and Opinion*, 24(8): 2359-2371.
- Panksepp, J. (2003). Feeling the pain of social loss. *Science*, 302: 237-239.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York, Springer-Verlag Publishing.
- Perls, F. (1973/2004). *A Gestalt-terápia alapvetése. Terápia testközelből*. Budapest, Ursus Libris.
- Pert, C. (2003). *Molecules Of Emotion. Why you feel the way you feel?* New York, Scribner.
- Piaget, J. (1926/2002). *The Language and Thought of the Child*. London, Routledge.
- Powell, D. J. H., Liossi, C., Moss-Morris, R., Schlotz, W. (2013). Unstimulated cortisol secretory activity in everyday life and its relationship with fatigue and chronic fatigue syndrome: a systematic review and subset meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 38:2405–2422.
- Reddy, V (2005). Before the "Third Element": Understanding Attention to Self. In: N. Eilan, Ch. Hoerl, T. McCormack, J. Roessler (Eds.), *Joint Attention: Communication and Other Minds* (pp. 85-109). New York, Oxford University Press.
- Reich, W. (1972). *Character Analysis*. New York, Touchstone.
- Reich, W. (1973). *The Function of the Orgasm: Sex-Economic Problems of Biological Energy*. New York, Farrar, Straus and Giroux.
- Rizolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3: 131-141.
- Schore, A. N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Lawrence Earlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey, Hove UK.

- Schur, M. (1955). Comments on the metapsychology of somatization. In: *The psychoanalytic study of the child*. Vol. 10. New York, International University Press.
- Sharp, C., Fonagy P., Goodyer, I. (2006). Imagining your child's mind: psychosocial adjustment and mothers' ability to predict their children's attributional response styles. *British Journal of Developmental Psychology*, 24(1): 197-214.
- Skea, B. R. (2006). Sabina Spielrein: Out from the shadow of Freud and Jung. *Journal of Analytical Psychology*, 51: 527-552.
- Spielrein, S. (1906-1907/2015). Unedited extracts from a diary. With a Prologue by Jeanne Moll. In: *Sabina Spielrein. Forgotten Pioneer of Psychoanalysis* (pp. 14-29). Routledge.
- Spielrein, S. (1911). Über den psychologischen Inhalt eines Falles von Schizophrenie (Dementia praecox). *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*, 3(1): 329-400.
- Spielrein, S. (1912/2008). A pusztítás mint a keletkezés oka. *Thalassa*: 19(3), 13-51.
- Spielrein, S. (1912a). Die Destruction als Ursache des Werdens. *Jahrbuch für Psychoanalytische und Psychopatologische Forschungen*, Leipzig/Wien, 4:465-503.
- Spielrein, S. (1912b). Über Transformation. *Zentralblatt für Psychoanalyse. Medizinische Monatsschrift für Seelenkunde*, 2: 478.
- Spielrein, S. (1913a). Beiträge zur Kenntnits der kindlichen Seele. *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 3(2): 57-79.
- Spielrein, S. (1913b). Traum vom „Pater Freudenreich“. *Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse*, 1(5): 484-486.
- Spielrein, S. (1916). Die Äußerungen des Ödipuskomplexes im Kindesalter. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 4(1): 44-48.
- Spielrein, S. (1920a). Renatschens Menschenentstehungstheroie. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 6(2): 155-157.
- Spielrein, S. (1920b). Das Schamgefühl bei Kindern. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 6(2): 157-158.
- Spielrein, S. (1920c). Das schwache Weib. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 6(2): 158.
- Spielrein, S. (1920e). Zur Frage der Entstehung und Entwicklung der Lautsprache [Autoreferat]. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 6(4): 401.
- Spielrein, S. (1921a). Russische Literatur. *Bericht über die Fortschritte der Psychoanalyse 1914-1919. Beihefte der Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse*, 3: 356-365.
- Spielrein, S. (1921b). Schnellanalyse einer kindlichen Phobie. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 7: 473-474.
- Spielrein, S. (1922a). Qui est l'auteur du crime? *Journal de Genève du dimanche*, 93, 15 Janvier: 2me Edition: 2.

- Spielrein, S. (1922b). Schweiz. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 8(2): 234-235.
- Spielrein, S. (1922d). Die Entstehung der Kindlichen Worte Papa und Mama. Einige Betrachtungen über verschiedene Stadien in der Sprachentwicklung. *Imago*, 8(3): 345-367.
- Spielrein, S. (1922e). Psychologisches zum Zeitproblem. In: Bericht über den VII. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Berlin. (25-27 Sept. 1922). *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 8(4): 496.
- Spielrein, S. (1923a). Die drei Fragen. *Imago* 9(2): 260-263.
- Spielrein, S. (1923e). Der Gedankengang bei einem zweieinhalbjährigen Kind. Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 9(2): 251-252.
- Spielrein, S. (1923f). Quelques analogies entre la pensée de l'enfant, celle de l'aphasique et la pensée subconsciente. *Archives de Psychologie*, 18: 305-322.
- Spielrein, S. (1923g). Die Zeit im unterschwelligem Seelenleben. *Imago*, 9(3): 300-317.
- Spielrein, S. (1927). Einige kleine Mitteilungen aus dem Kinderleben. *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik*, 2(3): 95-99.
- Spielrein, S. (1929). Doklad doktora Skalkovskogo [Dr. Skalkovskiy's report.] In: S. F. Sirotkin & E. C. Morozova (Eds.), *Psychoanalyticheskie trudi [Psychoanalytic works]*, 2008:352-358. Izhevsk, Russia: ERGO. (Orig. publ. 1929.)
- Spielrein, S. (1931). Kinderzeichnungen bei offenen und geschlossenen Augen. Untersuchungen über die unterschwelligem kinästhetischen Vorstellungen. Vortrag in der „Pädologischen Gesellschaft“ an der Nordkaukasischen Universität zu Rostow am Don im Winter 1928. Aus dem Russischen übertragen von N. A. Spielrein. *Imago*, 17(3): 359-391.
- Sroufe, L. A. (1997). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge University Press.
- Stern, D. (1985/2002). *A csecsemő személyközi világa*. Budapest, Animula.
- Tak, L. M., Rosmalen, J. G. M. (2010). Dysfunction of the stress responsive systems as a risk factor for functional somatic syndromes. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5):461–468.
- Tiringer, I., Osváth, P., Ozsváth, K., Tényi, T., Fekete, S. (2020): Szomatiform (szomatikus tünet) zavarok. In: Németh, A; Füredi, J; (szerk.) *A pszichiátria magyar kézikönyve* (pp. 324-336). Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Van Houdenhove, B., Luyten, P. (2008). Customizing Treatment of Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia: The Role of Perpetuating Factors. *Psychosomatics*, 49(6):470–477.
- Van Houdenhove, B., Luyten, P., Kempke, S. (2013). Chronic fatigue syndrome/fibromyalgia: a “stressadaptation” model. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior*, 1(3):137–147.
- Van Waning, A. (1992). The works of pioneering psychoanalyst Sabina Spielrein – 'Destruction as a Cause of Coming into Being'. *International Review of Psycho-Analysis.*, 19:399-414.
- Vidal, F. (2001). Sabina Spielrein, Jean Piaget: Going their own way. *Journal of Analytical Psychology*, 46: 139-153.

Vygotszkij, Sz. L. (1967). *Gondolkodás és beszéd*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Harvard University Press.

Wharton. B. (2015a). Burghölzli hospital records of Sabina Spielrein. In: C. Covington, B. Wharton (Eds.), *Sabina Spielrein. Forgotten Pioneer of Psychoanalysis* (pp. 57-83). New York, Routledge.

Wharton. B. (2015b). The Letters of C. G. Jung to Sabina Spielrein. In: C. Covington, B. Wharton (Eds.), *Sabina Spielrein. Forgotten Pioneer of Psychoanalysis* (pp. 30-57). New York, Routledge.

Wharton, B. (2015c). Comment on Spielrein's paper 'The origin of the child's words papa and mama'. In: C. Covington, B. Wharton (Eds.), *Sabina Spielrein. Forgotten Pioneer of Psychoanalysis* (pp. 249-250). New York, Routledge.

Winnicott, D. W. (1960). „The Theory of the Parent-Infant Relationship”. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41: 585-595.

Winnicott, D. W. (1962/2004). Én-integráció a gyermeki fejlődés során. In: Péley B. (szerk.), *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok* (pp. 120-125). Budapest, Új Mandátum Kiadó.

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

Winnicott, D. W. (1987). Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psychoanalytical Set-up. In: *D. W. Winnicott Through the Pediatrics to Psychoanalysis: Collected Papers*. London, Karnac Books.

Winnicott, D. W. (1989). *Psychoanalytic explorations*. (C. Winnicott, R. Shepherd, M. Davis, Eds.) London, Karnac Books.

A témához kapcsolódó közleményjegyzék

Molnár E. (2008). Sabina Spielrein: A pusztítás mint a keletkezés oka (Fordítás). *Thalassa*, 19:(3) pp. 13-51.

Molnár E. (2008). Sors-törédek Sabina Spielreinről. *Thalassa*, 19(3): pp. 3-11.

Molnár E., Ács M. E. (2010). The destruction as an effort to solve the adolescent crisis. In: Zadravec Zsófia (szerk.) *Spring Wind 2010 Tavasz Szél 2010: konferenciakötet*, Pécs, Doktoranduszok Országos Szövetsége, pp. 345-349. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2010.03.25-2010.03.27.

Ács M. E., Molnár E.: The integration of soul and body in the light of contemporary constructs. In: Zadravec Zsófia (szerk.) *Spring Wind 2010 Tavasz Szél, 2010: konferenciakötet*. Pécs, Doktoranduszok Országos Szövetsége, pp. 25-28. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2010.03.25-2010.03.27.

Molnár E. (2015). Sabina Spielrein, a „Sebzett Gyógyító”. In: Csabai M., Papp-Zipernovszky O. (szerk.) *Gyógyítók egészsége. A hivatás kihívásai és a változás lehetőségei*. Budapest, Oriold és Társai Kiadó és a Gyógyító Nőkért Alapítvány, pp. 323-337.

Molnár E. (2016). Recenzió John Launer Spielrein életrajzáról. *Imágó Budapest*, 5(1): pp. 106–112.

Molnár E. (2019). A test, mint az önmegismerés és gyógyulás színtere. In: Kapitány-Fövény M., Koncz Zs., Varga S. K. (szerk.) *Klinikai szakpszichológia a gyakorlatban. Útirányok*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt., pp. 387-406.

Molnár, E. (2020). A fejlődési krízisek destruktív folyamatának szomato-pszichoterápiás megközelítése. *Pszichoterápia*, 30(1): pp. 32-41.

A témához kapcsolódó konferencia előadások:

Molnár E. (2009). Destruction and becoming in the psychotherapeutical relationship on the basis of Sabina Spielrein’s study entitled ‘Destruction as cause of Becoming’. In: The 26th International Literature and Psychology Conference: University of Viterbo. Konferencia helye, ideje: Viterbo, Olaszország, 2009.07.01-2009.07.05.

Molnár E., Ács M. E. (2010). The destruction as an effort to solve the adolescent crisis. Spring Wind 2010 Tavasz Szél 2010 konferencia. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2010.03.25-2010.03.27.

Molnár E. (2014). Pszichoszomatikus rendszerek, szomatopszichológiai folyamatok. Konferencia helye, ideje: Budapest, 2014. 05.16-17., Szimbiózis Napok.

Molnár E. (2015): A destrukció kreatív megoldási módjai a gyógyulás folyamatában a testorientált pszichoterapeuta szemszögéből. Konferencia helye, ideje: Budapest. 2015.12.14., Szomato Estek: A Magyar Szomato-pszichoterápiás Egyesület Szakirodalmi Referáló Előadássorozata.

Molnár E. (2016). A fejlődési krízisek testben átélt élménye a mítoszokban, a rítusokban és a szomato-pszichoterápiás folyamatokban. Konferencia helye, ideje: Budapest, 2016. 11.26., Test, mítosz, szomato-pszichoterápia: térképek a testelme labirintusához. A Magyar Szomato-pszichoterápiás Egyesület IV. konferenciája.

Molnár E., Márkos É. (2018). Ráérezni a változásra. A Fókuszolás, egy testorientált élményalapú módszer szerepe a terápiás változásban. Konferencia helye, ideje: Budapest, 2018. 05.31.–06.02., Változás az állandóságban. A Magyar Pszichológiai Társaság XXVII. Országos Tudományos Nagygyűlése.

Molnár E., Márkos É., Sulyok E. (2019). Belső találkozások útján – Összefoglaló a Fókuszolás, egy testorientált élményalapú módszer terápiás hatásmechanizmusának hosszmetzeti vizsgálatáról. Konferencia helye, ideje: 2019.05.30.–06.01., Összetart a sokszínűség. A Magyar Pszichológiai Társaság XXVIII. Országos Tudományos Nagygyűlése.