

AZ ELBESZÉLHETETLEN TÖRTÉNET

Szomatizációs tünetek és szelfszerveződés

Csabai Márta

Napjaink bölcséleti, pszichológiai és pszichoterápiás diskurzusaiban kiemelkedő helyet kaptak azok a megközelítések, amelyek a szelf konstrukciójának és reprezentációinak témáját individuális történetek, szelf-narratívumok segítségével próbálják megragadni. Ezek a sokszor rejtett, részben tudattalan, fragmentált történetek az elemzésekben többnyire verbális eszközök segítségével nyernek feltárást és értelmezést, főként a trauma, a nárcizmus vagy az önéletrajzi narratívumok témái keretében. Kevesebb figyelmet kaptak azok a próbálkozások, amelyek a szelf rejtett feszültségeit, zavarait szomatikus tünetekben megjelenő üzenetek révén próbálták értelmezni. Bár az 1980-as évektől folyamatosan megjelenő és népszerűvé váló „testelméletek” között számos törekvést ismerünk a szelf testi, „korporális” aspektusainak tanulmányozására, a klasszikus felfogás szerint a lelki tartalmak kifejezésére szolgáló pszichoszomatikus és szomatizációs mechanizmusok szelfkonstrukciókkal való összefüggéseinek tanulmányozása manapság nem tartozik a divatos témák közé. Az ok sajnálatosan nem a kartéziánus test-lélek felosztás meghaladásában keresendő, hiszen ez mind a mai napig várat magára (különösen a klinikai gyakorlatban és a köznapi diskurzusokban). Annak ellenére alacsony az érdeklődés a téma iránt, hogy a szomatizációs jelenségek – azaz azok a testi tünetek, melyek háttérben az orvosok nem találnak kimutatható fizikai okot – jelentős részt képeznek a mindennapi orvosi gyakorlatban, tehát fogalmazhatunk úgy is, hogy komoly szerepük van az emberi szenvedésformák között. Olyan problémakör ez, amely mind az általános gyógyító tevékenység, mind a pszichoanalízis, mind pedig a modern szelfelmélet számára konfliktusokkal teli területet jelent, és a

konfliktus nem új keletű. Elég csak arra gondolnunk, hogy Freud, aki úttörője volt azon kutatásoknak, melyek a testi és lelki folyamatok összefüggéseit, azaz a pszichoszomatikus tünetképződést vizsgálták, a kezdeti frusztrációk után igen gyorsan felhagyott az „alapító betegség”, a hisztéria és a konverziós tünetek tanulmányozásával. Figyelme a testi és lelki történések összefüggéseitől elmozdult a „tiszta lelki” dimenzió felé, a fantázia, a nyelv, a tudattalan folyamatok tanulmányozásának irányába. Ennek ellenére a szomatikus és pszichés mechanizmusok összefüggései, az élő anyag objektivitása és a jelentés szubjektivitása közötti feszültségek mindvégig foglalkoztatták. A konverziós jelenségekkel néhány követője, kiemelten Felix Deutsch és Georg Groddeck foglalkozott tovább, akik mindketten gyakorló orvosok és pszichoanalitikusok voltak. Különösen nagyhatású volt Groddeck elmélete, aki a hisztériás konverzió jelenségét kiterjesztette a szomatikus betegségek egész körére (Avila, 2003). Franz Alexander, az Amerikába emigrált magyar pszichoanalitikus próbált kompromisszumot kialakítani Freud és Groddeck elméletei között, és elkülönítette a „szervneurózisokat” a klasszikus konverziós hisztériától, majd az 1940-es években létrehozta azt az úttörő elméletet, amelyre az összes későbbi pszichoszomatikus irányzat támaszkodott (Alexander, 1950).

Köztudott, hogy a pszichoanalitikus pszichoszomatika inkább mint orvosi diszciplína élt tovább, és vált igen népszerűvé néhány évtizedig. Az 1950-es, 60-as évektől kezdődően azonban fokozatosan veszített népszerűségéből. Ennek részben az volt az oka, hogy a pszichoanalízis lassan kiszorult az orvosi körökből, s a magánrendelőkbe visszahúzódó analitikusok maguk is kezdtek elpártolni a pszichoszomatikus esetektől, elfordultak a testi tünetektől, és kizárólag a belső lelki történésekre kezdtek koncentrálni. Ugyanúgy, mint Freud tette mintegy fél évszázaddal korábban. A pszichoanalitikus rendelőket ettől kezdve döntően depressziós, borderline vagy narcisztikus problémáktól szenvedő – vagy legalábbis ekként diagnosztizált – betegek látogatták, és sok terapeuta számára megnyugtató magyarázatnak tűnt, hogy korunkban valójában nincsenek is más típusú lelki zavarok. A szomatikus tünetek tudattalan, szimbolikus jelentéseinek értelmezése – azaz a pszichoanalízis születését segítő egyik legfontosabb mozzanat – ettől kezdve csekély érdeklődésre talált az analitikusok körében. Mi lehetett ennek az oka, túl az intellektuális divatokon és szakmapolitikai változásokon?

1925-ben Franz Alexander még helyesnek tartotta azt a feltételezést, hogy a konverziós jelenségekkel való szembetalálkozás végzetes csapást

jelenthet a materialista orvoslás és a tizenkilencedik század egész organikus felfogása számára. Így fogalmazott: „a hisztériás rossz tréfát űzött az orvossal, amikor bemutatta, hogy a fizikai-kémiai apparátus a vágyai szolgálatába állhat, és hogy egész testét használni tudja kifejezési formaként. Az orvos csak úgy tudta megmenteni magát a problémától, hogy becsukta a szemét és tagadta a konverzió létezését...” (Idézi Greco, 1994) Pár évtizeddel később azonban maga a pszichoanalitikus szakma is „becsukta a szemét”. Mi volt az a riasztó látvány, amit nem bírtak elviselni?

A test elárulja a lélek igazságát

Norbert Elias a pszichoszomatikus tüneteket egy történelmi periódus zavarainak nevezi, s azokat a civilizáció folyamatával hozza összefüggésbe (Elias, 2004). Szerinte azokban a társadalmakban, ahol tilos fizikai fájdalmat okozni másoknak, nagy az aránya azoknak, akik maguknak okoznak fájdalmat. A fájdalom okozása másoknak szigorúan tilos, önmagunknak azonban nem tilos és nem is büntetendő. Különösen igaz ez a modernitásban, ahol Elias tézise kiegészül egy további mozzanattal: a társadalom szabályozó és kontrolláló intézményei kialakulásával a test lesz a legjobb rejtkehely a maladaptívnek vagy deviánsnak észlelt szelfaspektusok számára. A nyíltan nem vállalható vágyak, érzelmek, gondolatok testi tünetekbe kanalizálódnak. A hisztéria, majd a pszichoszomatikus betegségek pszichopatológiai tünettájának leírásával azonban a fizikai tünet „hivatalos kapcsolatba” kerül az „őrülettel” vagy a devianciával, s ez létrehozza azt a propozíciót, hogy mégiscsak lehetséges megkérdezni a testet az elme rejtett igazságáról (Foucault, 2000). A test mindaddig gyanú felett állt, és ideális búvóhelyet kínált a szubjektum számára, amíg meg nem jelent a pszichoanalízis, illetve a pszichoanalitikus pszichoszomatika, amely azzal a felvetéssel konfrontálta az egyéneket, hogy a szubjektív igazságot – azaz a saját magukhoz és a másokhoz való viszony igazságát – elárulhatja a testük, ha megfelelő módszerekkel faggatjuk. Természetesen óriási csábítást is jelentett ez a lehetőség a lélek legbensőbb titkainak megismerésére – azaz az olyan „végső” mélységek felfedezésére is, ahol, mint Freud mondta, az én elsősorban testi énként jelenik meg (Freud, 1997). A pszichoanalízis főárama, amely ugyan főként a tünetek tudattalan okairól akarta informálni az embereket, és kevésbé foglalkozott a pszichoszomatikával, pa-

radox módon szintén az organikus okokban való hitet erősítette meg. A korabeli analitikusok ugyanis nem számoltak azzal a réműlettel, amit az vált ki az emberekből, hogy tüneteik „nem valódiak”, csak a „tudattalanban”, a „fantáziában” léteznek. Nyilvánvalóan nehezen lehet sikeres egy terápia, amelyik arról próbálja meggyőzni a páciens, hogy nincsenek „igazi” tüneteik. Részben a páciensek részéről tapasztalt kétkedéssel vagy elutasítással magyarázható tehát, hogy a pszichoanalízis ismételen elfordult a pszichoszomatikus esetektől. Ez azonban csak látészolagos elfordulás volt, amely talán inkább csak a frusztráltságot próbálta palástolni. A pszichoanalízis ugyanis nem hagyott fel a pszichoszomatikus tünetek értelmezésével.

A szelfelméletek – elsősorban Heinz Kohut teóriája – alapján a szomatizációs jelenségeket és a hipochondriázist azzal kezdték magyarázni, hogy a páciens nem képes elválasztani a fizikai és pszichés tapasztalatokat (Kohut, 1977). Azt hangsúlyozták, hogy mivel a törekeny szelf képtelen megkülönböztetni a testit a lelkitől, a testi szelf marad a domináns szelfaspektus (Rodin, 1983). Észre kell vennünk, hogy ebben a felfogásban a szomatikus és pszichés folyamatok szerves összekapcsolódása és elválaszthatatlansága már mint patológiás mozzanat jelent meg! A pszichoszomatikus zavarokat ezen megközelítés szerint a narcisztikus problémákkal hozták összefüggésbe, és azzal magyarázták, hogy ezeknél a személyeknél hiányzik a kohézió és a stabilitás a szelf belső reprezentációjában. A szomatizációs tünet itt a sérült szelf szimptomájaként értelmeződik, nem pedig a háttérben meghúzódó szorongások vagy érzelmi konfliktusok elleni védekezésésként, mint azt a klasszikus analitikus elméletekben feltételezték. A páciens számára a testi szelf marad az én megélésének egyetlen módja. A terápiaiban ez úgy jelentkezik, hogy a páciens nem tud beszámolni a tüneteiről – „elfelejti említeni” azokat – s ha ezek elő is kerülnek, akkor is csak kevéssé tud asszociálni kapcsolódó fantáziákra. Az analitikusok ezért sem szeretik ezeket a betegeket, mert verbalitásuk gyakran szegényes, infantilis – infans latinul azt jelenti: „nem beszélő, néma, gagyogó, éretlen, szavakat nem találó”. Terapeuták más, „nem pszichoszomatikus” eseteknél – kérdés, létezik-e ilyen? – is beszámolnak arról, hogy a hipochondriázis tüneteik megjelennek a terápia folyamatában. Ez általában akkor jelentkezik, amikor a szelf kohéziója és stabilitása veszélyeztetve van, és úgy értelmezhető, hogy a páciens implicit módon többletgyógyítást vár a terapeutától, a reparatív funkciók mély, testi szinten való életbe léptetését. (Rodin, 1983). Ez is bizonyítékul szolgál a szelfelméletek azon hipotézisére,

hogy a sérült szelf testi énként való létezése a szülők részéről tapasztalt empátiahiány, vagy éppen a túlgondoskodásra adott visszahúzódnás következménye. Amint említettem, a terapeutáktól nagyobb involváltságot, szinte testi szinten is megnyilvánuló odafordulást kívánó páciensekért nem lelkesednek túlzottan az analitikusok. (Ezt jól tudjuk a Freud–Ferenczi-konfliktusból is.) Hiszen ezek a terapeuták többnyire a nyelv által modulált reprezentációs rendszerben mozognak, s számukra sokszor inkább frusztrációt jelent az érzelmek hozzáférhetetlenségével, az imaginatív kapacitás hiányával és a verbális kommunikáció nehézségeivel jellemezhető páciens.

A jelentés tönkretétele a szelf védelmében

Nos, ha ilyen sok konfliktussal járt a pszichoanalitikusok számára a szomatizáció problémájának a kezelése, vajon miért nem hagytak fel teljesen a kérdéskör vizsgálatával? Talán azért, mert a páciensek verbális megközelíthetlensége és a fantáziatévékenység látszólagos hiánya éppen a legalapvetőbb problémával konfrontálta őket: hogyan ismerhető meg a páciens szubjektív igazsága, milyen módszer alkalmazható a szelf titkainak feltárására. Elsőként azonban arra a kérdésre kellett válaszolni, hogy léteznek-e egyáltalán ilyen titkok.

A válaszkísérlet szinte egyszerre érkezett a szelfelméletektől és a francia valamint amerikai pszichiáterek „pensée opératoire” és alexitímia koncepcióiból. Az utóbbi, a hatvanas, hetvenes években létrejött, és rövid idő alatt divatossá, de egyidejűleg erőteljesen vitatottá vált francia és amerikai elméletek azt fogalmazták meg, hogy bizonyos pszichoszomatikus páciensek tünetei mögött „nincs mit keresnie” a terapeutának. A teória fő képviselői, Nemiah és Sifneos azzal a provokatív állítással álltak elő, hogy a pszichiáterek és pszichoanalitikusok mindaddig abban a tévedésben voltak, hogy a pszichoszomatikus beteg elhárító mechanizmusokkal – pl. primitív tagadással – elfedi gazdag belső életét (Nemiah és Sifneos, 1970). Szerintük azonban nem erről van szó, hanem sokkal inkább arról, hogy a betegnek nincs mit elfednie. Úgy is fogalmazhatnánk, megelőlegezve a későbbieket, hogy a szomatikus tünetek mögött egy üres vagy kiüresedett szelf található. A kutatók az alexitímias pácienseket élettelennek, színtelennek – ahogy nem publikus beszámolóikban fogalmaztak, unalmasnak – találták. Ezek ugyan „idegességről”, „szomorúságról”, „indulatokról” számol-

tak be – néha sírtak vagy kiabáltak is –, de amikor a terapeuta arra kérte őket, hogy beszéljenek érzéseikről, nem tudták azokat verbalizálni, és főként nem voltak képesek arra, hogy fantáziákkal vagy specifikus helyzetekkel összekapcsolják őket. Ezek a páciensek „normopátiás” reakciókkal jellemezhetők, ami azt jelenti, hogy nem mutatnak neurotikus jegyeket, hanem fenntartanak egy pszeudonormalitást, amit a mentális dezorganizáció, az identitás elvesztése, a megőrülés és a súlyos szenvedés elleni védekezéséként léptetnek életbe (McDougall, 1978). Az alexitímia megközelítés képviselői szerint a pszichoszomatikus páciens nem képes összekapcsolni a tünetet a pszichés problémával. Ez utóbbi nyomait teljesen kiirtja a fantáziából. Joyce McDougall ezt a „jelentés tönkretételének” nevezi. Az elmélet tehát éles kontrasztot hozott létre az alexitímiás szubjektum, és azon – tipikusan neurotikus – szubjektum között, aki védekező mechanizmusokkal hárítja érzelmeit, de a hárítások mögött az asszociációk gazdag tárháza bukkan fel. A terapeuták előtt egy olyan páciens állt tehát, aki egy erős kulturális elvárással szegült szembe: azzal, hogy mindannyiunknak gazdag belső élete van. Ez a nézet a korai freudizmus idején antropológiai általánosítás szintjére emelkedett, s az „imaginárius patológia”, az elfojtott belső tartalmak feltételezése a nyugati kultúrában a szenvedés egyfajta alapértelmezésévé vált. Az alexitímia koncepciója azt az általánosan elfogadott szelffelfogást kérdőjelezte meg, hogy az egyén lényege eredendően „belül” van, míg a társas valóság alapvetően „idegen” és „külső”. Monica Greco, a pszichoszomatika problémáját metapszichológiai szempontból elemző teoretikus Norbert Eliasra és Michel Foucault-ra hivatkozva felhívja a figyelmet arra, hogy valójában egyfajta én-illúzió az, hogy legbensőbb gondolataink tükrözik, hogy valójában kik is vagyunk, és hogy ennek a társadalmi szabályokkal való egyeztetése állandó frusztrációt jelent számunkra (Greco, 2001). Az alexitímia-koncepció tehát nem csupán a pszichoanalízis, hanem a szelfelméletek számára is kihívást jelentett.

Az alexitímia mechanizmusát az elmúlt néhány évtizedben a pszichopatológiában összekapcsolták a klasszikus pszichoszomatikus betegségekkel, a szomatoform zavarokkal, a pszichogén fájdalommal és a poszttraumás stresszavarokkal is. A kutatásoknak azonban nem sikerült szignifikáns kapcsolatot találni az alexitímia és a felsorolt kórképek között. Az összefüggést csupán a fizikai tünetképzés általános mechanizmusával tudták leírni. És a hangsúly itt az *általában* szón van, azaz azon, hogy ha elfogadjuk ezt általános összefüggésként, akkor el kell fo-

gadnunk azt a felvetést is – amit egyébként az 1990-es években fogalmazott meg egy Pedinelli nevű kutató (Pedinelli, 1992) –, hogy a pszichopatológiába a „neurotikus” és „pszichotikus” tünetképzési mechanizmusok mellé be kell vennünk a „szomatikus” is, amikor bármilyen tünetről, epizódról, állapotról vagy személyiségstruktúráról beszélünk. (Ezt egyébként már 1924-ben leírta Felix Deutsch, amikor így fogalmazott: „Azt mondhatnánk, hogy az emberek sokkal boldogtalanabbak lennének vagy sokkal inkább neurózisba menekülnének, ha nem tudnának időről időre megbetegedni” [idézi Greco, 1994, 94.]) Ezért sincs értelme „pszichés” és „organikus” betegségek elkülönítésének, hanem a beteggé válás neurotikus, pszichotikus és szomatikus útjairól beszélhetünk. Itt kapcsolódunk ismét az én problematikájához, és azokhoz a kérdésekhez, amelyeket a pszichoanalízis szelfelméletei vetettek fel. Tudjuk, hogy a szelfalakulással kapcsolatos egyik legkomolyabb vitát az okozta ezeknél az irányzatoknál, hogy Heinz Kohut és követői élesen szembehelyezkedtek azzal az eredetileg Melanie Kleintől származó felvetéssel, hogy már az igen korai gyermekkorban léteznének verbalizálásra alkalmas fantáziák. Amint azt később a testtel kapcsolatos filozófiai és pszichoanalitikus munkák – például Maurice Merleau-Ponty vagy Elizabeth Grosz írásai megvilágították – inkább arról van szó, hogy a korai szelfszerveződés alapját valamiféle testek között megnyilvánuló kommunikáció, Grosz kifejezését használva: interkorporalitás jelenti (Grosz, 1994). Ebből adódik a szelfelmélet képviselőinek azon nézete, amit korábban már említettem, hogy a szomatizáció valójában ehhez a korai testi szintű szelfállapothoz való regressziót jelenti, amikor test és lélek, anya és gyermek még nem váltak el egymástól, azaz a tünet nem más, mint az úgynevezett „testi szelf” működési formája. A szomatizációs jelenségeket ebben az értelmezésben úgy kell elképzelnünk, hogy ezek védekezések azon archaikus libidinális és narcisztikus vágyak ellen, amelyeket életet fenyegetőnek él meg az egyén. Tulajdonképpen a lélek primitív üzeneteket küld – a nyelv megkerülésével – a testnek (McDougall, 1989). Nos, mi a különbség akkor az alexitímia elmélet és a szelfteóriák mondandója között? Alapvetően az, hogy amíg a szelfelméletek a szomatizációt regresszióknak tekintik, s a testi szelfet a szelf egy létező formájának tartják, addig az alexitímia koncepció azt sugallja, hogy a páciensnél nincs egy koherens belső szelf, nincs belső élet, és ez az oka a betegségnek. A klasszikus szelfelméletek keretein belül ez nehezen volt magyarázható: ezek szerint ugyanis a szelf mindig rendelkezik középponttal, valamiféle legbelső jelentéssel, még ha azt a

testi szelf formájában kell is megtalálnunk. Ez azonban azt is jelenti, hogy a pszichoszomatikus tünetképzés mögött olyan mechanizmusokat kell keresnünk, amelyek teljesen kizárják a nyelvi eszközökkel való értelmezés lehetőségét. Az utóbbi években azonban megjelentek olyan „posztmodern” szelfelméletek, amelyek szakítanak a szelf hierarchikus és centralizált szerveződésének tradíciójával, s ezáltal a szomatizációs jelenségek magyarázatára is új megoldásokat kínálnak.

A jelentés üres helyei: kortárs szelfelméletek és szomatizáció

Manapság egyre gyakrabban megfogalmazódik a pszichológiai, pszichiátriai diskurzusban, de a közbeszédben is, hogy a különböző addiktív viselkedésformákkal az emberek valójában azokat a hiányokat próbálják betölteni, amelyeket – a fejlődés majd később a felnőtt élet során – a nem megfelelő szülői gondoskodás és interperszonális kapcsolatok miatt elszenvednek. Sok pszichológiai irányzat kifejezetten azt hangsúlyozza, hogy ha a gyerek nincs „jól ellátva” a legkoraibb gyermekkorban, akkor diszfunkcionális lesz. Reménytelenül keresni fogja a destruktív fogyasztói magatartásokat, vagy betegségeket alakít ki, így próbálva gondoskodni elhanyagolt szelfjéről. Ha ugyanis nem működnek a szokásos elhárító mechanizmusaink, akkor az egyén valamilyen „akció” próbál életbe léptetni: ez lehet evés, ivás, baleset, megbetegedés, stb. Ha valaki rendszeresen ezeket a megoldásokat részesíti előnyben a lelki fájdalom kiiktatására, az tulajdonképpen lehasítja az érzelmi és gondolati feldolgozás lehetőségét: valójában egyfajta reszomatizációról, a gyermekkori cselekvéses-szomatikus reakciók szintjére való regresszióról van szó, amely igen veszélyes is lehet. Joyce McDougall megfogalmazásában ez úgy hangzik, hogy ha a korai kapcsolatban a gyerek nem képes saját individuális szelfje és teste birtoklására, akkor egyetlen lehetősége marad: a nemlétezését kell elfogadnia ahhoz, hogy független lény lehessen szülei szemében (McDougall, id. mű). Ennek a fenyegetésnek a hátrításai vezetnek oda sok embert, hogy droghasználat, alkoholizmus, szuicídium vagy pszichoszomatikus halál révén beteljesítsék tudattalan gyermekkori vágyukat, azt, hogy ez az egyetlen útjuk a szabadság felé. Kétségbeesett menekülés ez a szabadság felé – s most nem véletlenül parafrázálom Erich Fromm könyvének címet (Fromm, 1993). A McDougall-féle elméletben ugyanis nem csupán a pszichoanalízis hatásai ismerhetők fel, hanem a humanisztikus pszichológia egyes mozza-

natai, a létanalízis filozófiája és egy erőteljes társadalomkritika is, ahogy azt Fromm-nál is jól ismerjük. Ezen pszichológiai irányzatok hatásai jelennek meg azokban a vitákban is, amelyek az utóbbi tíz évben egy Philip Cushman nevű amerikai szerzőnek az „üres szelffel” kapcsolatos provokatív elméletére reagálnak (Cushman, 1990). Cushman ugyanis – szemben a pszichoanalízissel és a tradicionális, egységes vagy integrált szelfelméletekkel – azon posztmodern irányzat egyik legradikálisabb képviselője, mely szerint a szelf nem rendelkezik univerzális, esszenciális, történelem feletti struktúrákkal, hanem egy hermeneutikus szerveződés, amit mindig az adott közösség alakít, tehát nincs egyetlen szelf, csak úgynevezett lokális szelfek vannak (Hoskins és Leseho, 1996). Cushman szerint a mai kor emberének szelfje kontúrta-
lan, nincsenek határai, és ebből adódóan képtelen arra, hogy bármilyen tartalmat „tároljon” – ezért is üres. Az elmélet szerint korunkban a nyugati szelf kiüresedésének okai nem csak a bizonyos kultúrpeszimizmussal sokat emlegetett tényezőkből, a nevelés, a közösség, a vallás vagy a morális autoritás hiányában, hanem bizonyos rendelkezésre álló dolgokban, így például a populáris kultúrában található meg. Cushman szerint a fogyasztói kultúra – melynek része maga a pszichoterápia is – folyamatosan azzal kecsgetti az egyént, hogy be tudja tölteni a szelfjét az általa kínált termékekkel és terápiákkal, s úgy hozza létre az üres szelfet, hogy folyamatosan kiüríti azt, hiányokat kreál benne. Ez a megközelítés tehát igen provokatív módon felveti magának a terápiás elméletnek és praxisnak a szerepét a szelf és a betegségek alakulásában. Hasonló „posztmodern” sémák szerint épül fel egy másik, ugyancsak vitatott kortárs szelfelmélet, amely azonban pozitívabb kicsengésű, mint Cushmané: itt arról van szó, hogy a szelf folyamatosan újrakonstruálja magát bizonyos „szelfprojektek”, azaz a szelfről alkotott képek szerint, s erre az elképzelésre épül a terápiás elmélet is (Markus és Nurius, 1986). A posztmodern szelfelméletek harmadik csoportját képezik azok a megközelítések, amelyek a „narratív” szelfet állítják a középpontba, ahol az állandóan változó – folyamatként definiált – szelf a társas környezet és a kultúra, illetve az internalizált szelfaspektusok kapcsolatai révén alakul, s kifejeződési formáit szelfnarratívumok adják (Gergen, 1991) A pszichoterápia célja itt olyan narratívumok létrehozása, amelyek megakadályozzák az elfojtások kialakulását. A „lokális” és „narratív” elméletekkel szemben az „üres” szelf elméletének gyakorlati – főként pszichoterápiás – alkalmazása igen nehéz, hiszen a páciens nem rendelkezik „használható” verbális tartalmakkal (erős érzéssel,

megfogható értékekkel és önértékeléssel), és a változtatás egyetlen lehetősége tulajdonképpen a környező társadalom vagy kultúra megváltoztatásában rejlik.

Az eddigiekben bemutatott elméletek dilemmáinak egyfajta kivonattát fedezhetjük fel a betegségnarratívumok kutatásának egyik legkiemelkedőbb kortárs képviselője, Arthur Frank munkásságában. Frank felveti, hogy a szomatizációs problémák – és általában a testi fájdalom – kezelésében azért vallottak kudarcot az eddigi pszichoterápiás eljárások, mert arra próbálták felszólítani a pácienseket, hogy verbalizálják érzéseiket, mondjanak róluk történeteket. Ez azért lehetetlen, mert ezek az érzések nem hozzáférhetőek a nyelv számára, nincs nyelvi síkon megragadható jelentésük – tehát valamiféle üres térben vannak. Frank önkritikusan hozzáteszi, hogy az általa is művelt kvalitatív kutatások is történetek elmesélésére szólítják fel a betegeket, pedig ezek a történetek csupán más történetekhez tudnak igazából kapcsolódni, és nem a szenvedéshez. Ha úgy tetszik, nem a tünet igazságához. Ismét ahhoz a problémához érkeztünk tehát, mint a fentiekben idézett szerzők közül oly sokan: *elmondhatóak-e a testi tünetek?*

Elmosódott énhatárok, kontúr nélküli tünetek

Frank több modellt is alkotott a betegségnarratívumok és a szelfszerveződés vizsgálatára. Gondolatmenetünk szempontjából kiemelendő az az elmélete, mely szerint a betegség során a szelf változásokon megy keresztül, s ezek a változások három csoportba sorolhatók (Frank, 1993). Az első csoportba azok a narratívák tartoznak, melyek szerint a szelf arra törekszik, hogy a betegség után újrafelfedezze azt, „aki a betegség előtt volt”. A második típusba olyan narratívumokat sorol, ahol az egyén egy radikálisan új szelfet hoz létre a betegség hatására, amely folyamatos változásban van. Ehhez hasonló a harmadik típus, ahol szintén új szelf alakul, de hirtelen, nem folyamatos változás révén. Frank nem mondja ki, de elméletében benne foglaltatik: a betegség – ha csak átmenetileg is, amíg újat találunk a régi helyére – valamiféle *szelfvesztéssel* jár. Különösen így van ez krónikus betegeknél, ahol ez a szelfvesztés a szenvedés alapvető formájaként jelentkezik: a páciens „ideális szelfjének” szimbólumává válik saját korábbi normális, hétköznapi élete, s a szenvedés nyelve számára azonos lesz a veszteség nyelvével (Charmaz, 1983). Frank nem számol azzal a lehetőséggel, hogy egy

betegség – vagy lelki traumatizáció – hatására beállhat az a helyzet is, hogy a szelf nem talál vissza korábbi önmagához, vagy nem sikerül egy új szelfet kialakítani, s ily módon is létrejöhet a kiüresedés állapota. Tehát az „üres szelf” nem csupán a Cushman által említett társadalmi vagy szocializációs folyamatok hatására jöhet létre, hanem a betegség hatására is. A betegségek okozta kiüresedés azonban átmeneti, a szelfnek ilyenkor lehetősége van a feltöltődésre és arra, hogy a jelenlegi és jövőbeli szelfállapotok között „kognitív hidakat”, azaz asszociációkat hozzon létre. (Igaz, ez a mechanizmus már inkább a „lehetséges szelf”, és nem az „üres szelf” elmélet megoldásaira emlékeztet.) Különösen érdekesek azok a helyzetek, amikor nem a betegség és az azzal járó korlátozottság, fájdalom és szenvedés hozza létre a szelfvesztést, hanem az az állapot, amikor csupán (bizonytalan) tünetek vannak jelen, diagnózis nélkül. Ezek tipikusan a „szomatizációs” vagy „pszichoszomatikus” jelenségek, amelyeket mostanában az orvostudományban sokszor az „orvosilag nem magyarázott tünetek” névvel említene, ami igen kifejező módon jelzi ezeknek a szimptomáknak (és az őket magyarázni képtelen orvosoknak) a bizonytalanságát. Tudjuk azt is, hogy ezeket a tüneteket a változékonyság jellemzi, nem csupán azért, mert eltűnnek és időnként váratlanul újra felbukkannak a beteg életében, de abból a szempontból is, hogy külső és belső hatásokra is alakíthatók. A külső tényezők közé tartoznak azok a hatások, amelyek a társadalom, a kultúra vagy az orvostudomány részéről befolyásolják a tüneti képet – ez tükröződik a diagnózisok állandó változásaiban is. A belső hatásokat természetesen az egyén intrapszichés történései jelentik. A betegségek közül a szomatizációs, pszichoszomatikus tünetekre jellemző leginkább ez a változékonyság. Úgy is fogalmazhatnánk, hogy ezeknek a betegségeknek a kontúrjai, határai a legbizonytalanabbak, a legképlékenyebbek. Bár a pszichoszomatika történetének klasszikus korszakában éppen az volt a legfőbb törekvés, hogy egyes betegségeket a háttérben meghúzódó rejtett konfliktusokkal vagy tudattalan vágyakkal azonosítsák – melynek Franz Alexander által kidolgozott rendszere évtizedekig meghatározó maradt –, a szomatizációs tünetek mégis azért tudták „kijátszani” a gyógyító szakembereket és más elemzőket, mert rendre azzal szembesültek, hogy ezek a tünetek nem rendelkeznek fix jelentéssel. Valahol hasonló képet mutatnak, mint a szelf mai leírásai: határozatlan, bizonytalan, esetleges konstrukciók. Itt természetesen gyanút foghatunk, hiszen logikusan adódik a kérdés, hogy nem a kortárs szelfdefiníciók hatottak-e minden korban a pszichoszomatikus el-

méletekre – esetleg viszont is –, vagy pedig nem arról van-e szó, hogy ugyanaz a korszellem határozza meg mindkét téma értelmezéseit, s ezért mutatnak hasonló képet. A jelen tanulmány keretein túllépő, nehezen megválaszolható tudományelméleti kérdést itt zárójelbe téve befejezésképpen térjünk vissza ahhoz a problémához, hogy csupán a szomatizáló beteg kifejezési képtelensége-e az, ami a verbalitás számára hozzáférhetetlenné teszi a testi tünetet, vagy pedig az eleve, *per definitionem* elbeszélhetetlen.

Elbeszélhetetlen-e a testi szenvedés?

Elaine Scarry a fájdalomról szóló kitűnő filozófiai monográfiájában felhívja a figyelmet arra, hogy a világirodalomban igen kevés példát találunk a *közvetlen* fizikai fájdalom leírására, míg a lelki fájdalom leírásával – amely esetleg áttételesen bemutatja a fizikai fájdalmat – tele van a szépirodalom (Scarry, 1985). Thomas Mann *Varázshegyének* Settembrinijét idézi, aki egyenesen azt mondja, hogy nincs az irodalomnak olyan darabja, amely ne a lelki szenvedésről szólna, vagy ne arra emlékeztetne bennünket valamilyen formában. Elaine Scarry szerint nem arról van szó, hogy a nyelv eleve nem képes a testi fájdalom leírására, hanem valójában arról, hogy a fájdalom hatására összeomlik – amint Joyce McDougall alapján idéztem korábban: „tönkremegy” a jelentés. Az intenzív fájdalom elpusztítja a szelfet és a külvilágot is azáltal, hogy lerombolja a köztük lévő határt. (Fontos emlékeztetni rá, hogy sok addiktív vagy pszichoszomatikus zavartól szenvedő beteg éppen ezt a határt próbálgatja, a testi tünet, a fájdalom lesz ennek a határnak és önön létezésének egyetlen bizonyítéka.) Elaine Scarry úgy fogalmaz, hogy ilyenkor megváltoznak a test téri viszonyai, a test mintegy „kiterjed az univerzumba”, közvetlen kapcsolatba kerül a külvilággal. A nyelv ezért omlik össze a fájdalom hatására: a dezintegráció megfosztja a szelfet projektálható tartalmaitól. Scarry szerint a fájdalom átélése a *bizonyossággal*, a fájdalomról való beszámoló vagy annak hallgatása a *kétkedéssel* azonos. Ez Arthur Frank olvasatában úgy értelmeződik, hogy a testi szenvedés a veszteségről, a hiányról szól (Frank, 2001). Valójában az elveszett dolgoktól, vagy az elővételezett veszteségtől szenvedünk. Hangsúlyozza azonban azt a közismert tételt, hogy a szenvedésnek nincs szükségszerű kapcsolata a betegséggel, nincs lineáris összefüggés a tünetek és a szenvedés mértéke között. A terápia első lé-

péseként pedig azt javasolja, hogy ne törekedjünk megérteni a másik szenvedését. Helyette a testi és lelki állapot elfogadása, elismerése lenne a célravezető. Bár nem ad részletes leírást arról, hogy ezt miként gondolja kivitelezni, ad egy nagyon fontos kulcsot a megoldáshoz: ez a megértés és a verbalizálás erőltetésének elkerülése.

A pszichoanalízis, a szelfelméletek és a pszichoszomatikus jelenségeket vizsgáló egyéb megközelítések is azzal próbálkoztak, hogy minél jobban meg tudják érteni a szelf belső igazságát, s ezt a nyelv eszközeivel, a fantáziák és asszociációk elemzésével próbálták elérni. És ahogy a bemutatott elméletek példázzák, a megértés és a szavak keresése közben azzal találták szemben magukat a kutatók, hogy ott, ahova végül jutottak, eltűntek a szavak, nem voltak verbalizálható tartalmak. Ez mutatja meg, hogy talán nem is jól tettük fel a kérdést: nem azt kellene vizsgálni, hogy a szelf mely regiszterében rejtőznek a tünetek okai, hanem a páciens viselkedésére, magára a szenvedésre kellene figyelni. Ahogy Arthur Frank javasolja, nem elsősorban a verbális tartalmakra, és nem is egyszerűen a nonverbálisakra, hanem arra, ahol a kettő találkozik: a szöveg hiányaira. Ha úgy tetszik, a szenvedés csendjeire. Ezek a nem verbális formák fejeződnek ki azokban a „test-narratívumokban” is, amelyeket Frank egy másik munkájában idéz (Frank, 1995). Itt valójában a „test-szelf” választott cselekvési formáiról van szó, amelyek a köznapi viselkedésben a kontroll, a vágy és a kapcsolat dimenziói mentén szerveződnek és a diétában, a testedzésben, a külsőre való kényszeres odafigyelésben, a kontrollvesztéstől való félelemben, a kapcsolati nehézségekben nyilvánulnak meg. Ezek a viselkedésformák és a belső érzések kimondatlansága árulkodó jeleként mutatják a későbbi szenvedés kialakulásának lehetőségeit is. A kérdés tehát nem arról szól, hogy hol találjuk meg a „neurotikus” (szimbolizálásra és verbalizációra képes) és a „szomatikus” szelf határait, hanem egy másfajta, nem hierarchikus, nemlineáris struktúrában gondolkodva, azokat az üres helyeket kell keresni a szelfben, amelyek nem csak átmenetileg jellemezhetők a hiánnyal, hanem véglegesen – vagy eleve – kiürültek.

A szöveg – vagy a páciens viselkedésének – hiányaira, csendjeire való odafigyelés szükségessége volt az a felismerés is, amit Freud a Dórá eset kapcsán megfogalmazott, és ami elindította azt az évszázados történetet, amelynek néhány mozzanatát most felvázoltam (Freud, 1993). A történet tehát itt visszatért a kiindulópontához, de a megtett út során számos új szemponttal gazdagodott, melyekre talán a megérdemelnél

kevésbé figyeltek az utóbbi években mind az elméletalkotók, mind pedig a gyakorlati szakemberek, gyógyító orvosok és pszichoterapeuták.

IRODALOM

- ALEXANDER, FRANZ: *Psychosomatic medicine – its principles and applications*. Norton and Company, New York, 1950
- AVILA, L. Antonio: Georg Groddeck: Originality and exclusion. *History of Psychiatry*, 14/1. 2003, 83–101.
- CHARMAZ, KATHY: Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5, 1983, 168–197
- CUSHMAN, PHILIP: Why the self is empty: toward a historically situated psychology. *American Psychologist*, 45(5), 1990, 599–611
- ELIAS, NORBERT: *A civilizáció folyamata*. Gondolat, Budapest, 2004.
- FOUCAULT, MICHEL: A klinikai orvoslás születése. In: Michel Foucault: *Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése*. Corvina, Budapest, 2000.
- FRANK, ARTHUR: Can we research suffering? *Qualitative Health Research*, Vol. 11 (3), 2001, 353–362
- FRANK, ARTHUR: The rhetoric of self-change: Illness experience as a narrative. *The Sociological Quarterly*, 34, 1993, 39–52.
- FRANK, ARTHUR: *The wounded storyteller: Body, illness and ethics*. Chicago University Press, Chicago, 1995.
- FREUD, SIGMUND: Egy hisztéria-analízis töredéke [Dóra]. In: *Sigmund Freud Művei II. – A Patkányember. Klinikai esettanulmányok I*. Filum, Budapest, 1993, 17–110.
- FREUD, SIGMUND: A nárcizmus bevezetése. In: *Sigmund Freud Művei VI. – Ösztönök és ösztönsorsok. Metapszichológiai írások*. Filum, Budapest, 1997. 15–41.
- FROMM, ERICH: *Menekülés a szabadság elől*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1993.
- GERGEN, KENNETH: *The saturated self*. Basic Books, New York, 1991.
- GRECO, MONICA: *Illness as a work of thought. A Foucauldian perspective on psychosomatics*. Routledge, London and New York, 1994.
- GRECO, MONICA: Inconspicuous anomalies: alexithymia and ethical relations to the self. *Health*, 5 (4) 2001, 471–492
- GROSZ, ELIZABETH: *Volatile Bodies: Toward a Corporeal Feminism*. Indiana University Press, Bloomington and Indianapolis, 1994.
- HOSKINS, MARIE, LESEHO, JOHANNA: Changing Metaphors of the Self: Implications for Counseling. *Journal of Counseling and Development*, vol. 74, 1996, 243–252.
- KOHUT, HEINZ: A self analízise: nárcisztikus zavarok pszichoanalitikus kezelése. Animula, Budapest, 2001.
- MARKUS, HAZEL ROSE, NURIUS, PAULA S.: Possible selves. *American Psychologist*, 41, 1986, 954–969.
- MCDUGALL, JOYCE: *Theatres of the Body*. Free Association Books, London, 1989.
- MERLEAU-PONTY, MAURICE: *The Visible and the Invisible*. Northwestern University, 1969
- NEMIAH, J. C., SIFNEOS, P. E.: Psychosomatic illness: A problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18, 1970, 154–160.
- PEDINELLI, J.-L.: *Psychosomatique et alexithymie*. Presses Universitaires de France, Paris, 1992.
- RODIN, GARY: Somatization and the Self: Psychotherapeutic Issues. *American Journal of Psychotherapy*, vol XXXVIII, No. 2., 1984, 257–263.
- SCARRY, ELAINE: *The Body in Pain*. Oxford University Press, 1985.