



Merényi Márta

A pszichoszomatikus zavarok kortárs szemlélete és a pszichodinamikus mozgás- és táncterápia lehetőségei a gyógyításban

Mit jelent a pszichoszomatika kortárs szemlélete?

A pszichoszomatika napjainkra messze került klasszikus hagyományaitól. Az utóbbi évtizedek szelffejlődés-elméletei, a csecsemő-megfigyelések és az idegtudományok új eredményei alapvetően megváltoztatták a betegségteóriákat. A genetikai tényezők, predispozíciók mellett a korai fejlődés kapcsolati tapasztalatai meghatározónak bizonyultak a neurobiológiai szabályozó rendszerek neuronális hálózatának és kapcsolatainak fejlődésében. Az ebben az érzékeny fejlődési szakaszban elszenvedett traumatikus hatásokra az idegrendszer fejlődése kisiklik, ami a testi és érzelmi, kognitív folyamatok kóros szabályozásában, azaz különböző testi és mentális tünetképzésben jelenik meg.

Fontos megkülönböztetni a két testi tünetképzéssel járó konverzió-szomatizáció betegcsoportot: Sigmund Freud (2011) dolgozta ki a ma is érvényes konverzió-elméletet, ami egyben a klasszikus pszichoszomatika kezdete. Konverzióról akkor beszélünk, amikor szervi háttér nélkül alakulnak ki jellegzetes tünetek, mint érzés- és mozgászavar vagy amnézia, melynek háttérében traumatikus életesemény, gyerekkori trauma állhat, ennek tünetképző szerepét Freud eredeti elméleti leírásában is megfogalmazta. A páciens viszonylag jó szimbolizációs készséggel rendelkezhet, azaz van feltárható belső világa. A leíró, tüneti osztályozás a konverziót a disszociatív zavarok közé sorolja.

A szomatizáció¹ esetében a testi tünet, betegség az érzelmek elégtelen mentális feldolgozásának megnyilvánulása, ami az egyensúly fenntartását szolgálja, azonban

¹ E betegségek osztályozása történhet a tünetek alapján (DSM, BNO) és a személyiség egészséges figyelembevételével, pszichodinamikus alapú megközelítéssel. Ez utóbbi sokkal árnyaltabb felosztást dolgozott ki: a Psychodynamic Diagnostic Manual PDM-2 több szempontot vesz figyelembe, és szomatizáló személyiségnek nevezi (Hódi, 2019). A kötődés alapú megközelítés a funkcionális szomatikus zavar elnevezést ajánlja. (Luyten et al., 2012.)

kóros módon. Ilyenkor szervi elváltozás is kialakulhat, a szimbolizációs képesség hiányos. A szomatizációs kórképek, tünetegyüttesek között a szomatoform vegetatív (autonóm) diszfunkciót, hipochondriát, krónikus fáradtság szindrómát (rossz közérzet és fáradtság), fájdalomzavart, irritábilis bélszindrómát szokták megkülönböztetni.

A harmadik csoporthoz a testi destrukcióval járó, krónikus komplex betegségeket sorolom, ahol szintén szerepe van a személy deficites önszabályozó működésének. Maga a betegség hosszú távon visszahat a személy lelki működésére, állapotára, és erősen befolyásolja a szociális kapcsolatait, megváltozik a testével való viszonya. Bálint Mihály, aki egyben szomatikus orvos is volt, a betegségek gyógyításában alapvetőnek tartotta az orvos-beteg kapcsolat jelentőségét (Bálint, 2004). A beteg ember fokozott kapcsolati érzékenységét és betegségének személyközi jelentését, kölcsönhatásait hordozza megfogalmazása, hogy az orvos maga is gyógyszer.

Érdeemes a testi megbetegedéseket olyan spektrumnak is tekinteni, mely a szomatizációtól a testi destrukcióval járó, azaz krónikus komplex betegségekig terjed. A pszichoszomatikus szemlélet és az ezen alapuló orvosi gyakorlat figyelembe veszi a testi tünetek/betegségek összefüggését és kölcsönhatásait a személyiség egészével, már közvetlenül az orvosi ellátás során is. Ha sikerül pszichoterápiás segítséghez eljuttatni a beteget, a terapeutának is szem előtt kell tartania, hogy a páciens testi állapotától is szenved, és testviszonya torzul(t).

A pszichoterápia tehát a szomatizáció esetében annak személyiségzavarba ágyazottsága, a krónikus komplex testi betegségeknel a már következményes és testi állapotra visszaható lelki problémák és a megváltozott testviszony miatt lehet szükséges. Mindkét esetben a beteg személy negatív spirálba kerül, azaz egyre sérülékenyebbé válik a negatív érzelmi hatásokra. Az eleve deficites önszabályozás tovább romlik mind mentálisan, mind szomatikusan. A mindennapi terhelésekhez való alkalmazkodóképesség, szociális kapcsolati tér egyre inkább beszűkül.

A neurobiológiai szabályozó rendszerek szerepe a szelfszabályozásban

A korai fejlődés kapcsolati tapasztalatai meghatározzák a neurobiológiai szabályozórendszerek neuronális hálózatának és kapcsolatainak fejlődését. Sejtszinten ez az agyi területek receptorsűrűségét, az idegsejtek és idegsejtnyúlványok mennyiségét és az idegrendszeri pályák kialakulását, valamint az idegsejteket védő gliasejtek mennyiségét jelenti.² Az agy fejlődése tehát kapcsolatfüggő, a korai kapcsolati hatások befolyásolják a neuronális kapcsolatok alakulását, fejlődését, a

² A testi tünetképzés kortárs interszubjektív szemléletét megalapozta, hogy kutathatóvá váltak a korai kapcsolati élmények hatásai a neurobiológiai, immunobiológiai, azaz a szomatikus szabályozó rendszerek fejlődésére. Vizsgálhatók és kimutathatók lettek a súlyos személyiségzavarokban az érzelmi és kognitív működések neuroanatómiai és működésbeli eltérései MRI, CT és funkcionális agyi képalkotó eljárások – fMRI, PET – segítségével (Allen, 2011).

Kutatások születtek nagyszámú vizsgálati személlyel felvett kérdőívekkel, például *Adverse Childhood Experiences* (ACE), 17 337 felnőttel, nyolcféle gyermekkori traumatikus ártalomra fókuszálva. Kimenetelben 18 féle mentális és testi zavart írtak le, a neurobiológiai szabályozó rendszerek kimutatható eltéréseivel (Anda et al., 2006).

féltekék közötti megfelelő kommunikációt, a memóriarendszerek összehangolt működését stb. (Siegel, 1998).

A megfelelő gondozói környezet stimulálja a csecsemő oxitocin-rendszerének fejlődését, amely meghatározó a korai gondozó-csecsemő kapcsolat szabályozásában. Megalapozza a későbbi szociális viselkedést, a bizalom, a pozitív kötődés és önmegnyugtató képességét (Debbané et al., 2016; Luyten et al., 2012). A biztonságos kötődési tapasztalatok megalapozzák a stresszrendszer egészséges fejlődését is. A csecsemő korai biztonságos érzelmi-fiziológiai állapotának fenntartásához elegendő oxitocin hormon szükséges. A hipotalamuszban termelődő oxitocinnak nemcsak jól ismert perifériás, méhösszehúzó, tejkilövellést segítő hatása van, de a központi idegrendszerben is fontos szerepet játszik (Varga, 2011), közvetlenül kapcsolódik a mezolimbikus agyi jutalmazó dopaminerg rendszer receptoraihoz, és segíti a mentalizációt magában foglaló kérgi működés fejlődését is (laterális prefrontális kortex: LPFC, mediális prefrontális kortex: MPFC, cinguláris kortex). (Luyten et al., 2012.) Ezen agyi rendszerek működéséhez kötődik a bizalom, biztonság érzése és az önmegnyugtató képessége. Az oxitocin is e kérgi rendszereken keresztül fejt ki gátló hatást a neuroendokrin stresszszabályozó rendszerre, vagyis a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese, azaz HPA-tengely működésére. A HPA-tengely túlműködése esetén az emelkedett kortikoszteroid szint a locus coeruleust ingerelve fokozza a szimpatikus idegrendszeri izgalmat.

A bántalmazás, a traumatizáció és minden tartósan fennálló stressz a csecsemő HPA-tengelyének diszfunkciójához, alul- vagy felülszabályozásához vezet, ami súlyos következményekkel jár. A magas stresszhormonszint direkt módon károsítja a hippocampusz sejtjeit, emiatt sérül a verbális memória, ami rombolja a tanulás képességét. Erősen aktiválja a szimpatikus idegrendszert (a locus coeruleus útján), magasabb lesz a katekolamin szint, ami a szív- és érrendszer megterhelődéséhez vezet. Áthangolja az immunválaszt, gátló hatást gyakorolva az immunrendszerre, emiatt megnő az esélyesség a fertőzésekre. Emellett fokozott fáradékonysággal is járhat. Másfelől a tartósan fennálló stressz hatására csökkenhet a glukokortikoid receptorok érzékenysége, azaz csökken a glukokortikoidok gyulladáshoz vezető faktorok (citokinek) termelődésére gyakorolt gátló hatása, és állandósuló gyulladás alakulhat ki, ami különböző fizikai és pszichológiai zavarok kialakulásához vezet. Ez a krónikus gyulladás mind az agyban, mind a szövetekben szöveti sérülést okozhat (Debbané et al., 2016; Fries et al., 2005).

Az oxitocinerg pályák által mediált biztonságos kötődési tapasztalatok tehát hozzájárulnak a stresszrendszer, az érzelmi szabályozórendszerek (amygdala, LPFC, MPFC, cinguláris kortex), a jutalmazó dopaminerg rendszer egészséges fejlődéséhez. A biztonságos kötődés esetében jó a mentalizációs képesség, ami egyben a hatékonyabb affektusszabályozást is jelenti, ami több pozitív érzéssel, erősebb ágencia-élménnyel jár.

A fentiekből látható, hogy a hatékony neuroendokrin szabályozás véd a szomatikus megbetegedések ellen is. A HPA tengely aktivitása a szelfszabályozás képességének egyik testi vetülete, diszfunkciója esetén elégtelenné válik a szomatikus és érzelmi szabályozás, ami tovább fokozza a testi-mentális sérülékenységet.

A korai gondozói környezet és testélmény

A szelf interszubjektív eredetét képviselő újabb szelffejlődés-elméletek szerzői (Beebe, Lachmann, Fónagy, Sroufe, Target, Stern, Gergely) szerint a korai kapcsolatban rejlő szelfszervező erő „a másikkal való együttlét minőségének” (Stern, 1994) tapasztalatán alapul. (Lénárd, 2003) A reprezentációk a csecsemő-gondozó interakciók mentén szerveződő, jelentésselivé váló és regulálódó affektusokból épülnek fel. A csecsemő jólléte, azaz érzelmi, testi állapotainak szabályozása az anya *érzelmi, mentális, testi* odafordulásával, aktív részvételével történik. A csecsemő-megfigyelések azt mutatják, hogy a csecsemő és gondozója között aktív, kölcsönös szabályozás zajlik, amely kapcsolati illeszkedések, szétválások és helyreállítások mozzanataiból áll. Az empatis, érzékeny korai gondozás során a csecsemő az anya arcának, tekintetének, érintésének és hangjának „tükrén” keresztül fedezi fel és érzi magáénak gesztusait, érzéseit. Az anya spontán érzékeli a csecsemő izomtónusát, sírását, mozgását, hangjait, izgalmi szintjét, és akaratlanul is hangolódik hozzá. Az eközben születő saját érzései, testi érzetei is segítik azonosítani a csecsemője éhségét, álmoságát, hasfájását, betegségét stb., és felveszi, megnyugtatja, elringatja, megeteti, tisztába teszi.

Már Stolorow és Atwood (1991), az interszubjektív elmélet klasszikus képviselői is hangsúlyozták, hogy a gondozó empatisan hangolódott verbális válaszkészsége szükséges a testi affektív tapasztalatok szimbolikus jelentéssé kódolásához. Csak az artikulálódott, azaz a gondozó által visszhangot kapó tapasztalatok tudnak szimbolizálhatóvá válni. Azóta tágult a reprezentációkról való tudásunk, például tudjuk, hogy a legkorábbi kapcsolati tapasztalatok a verbális memória későbbi érése miatt nem szimbolikusán reprezentálódnak. E korai kapcsolati élmények az implicit memóriában őrződnek, és a kapcsolatok komplex érzelmi, időbeli, érzékszervi, testi, mozgásos mintázatát, a másikkal való együttlét, a kapcsolat elővetíthető alakulásának elvárásait hordozzák. Ezt nevezi a Boston Change Process Study Group (BCPSG) implicit kapcsolati tudásnak (Lyon-Ruth, 1998). Tehát a gondozó nemcsak verbális, hanem testileg, izomtónussal, hanggal, vegetatív hangoltsággal, tekintettel is tükrözi a csecsemőt, a vitalitásaffektusok (Stern, 1985) mentén hangolódik, ismeri el és szabályozza állapotát. Ez az implicit kapcsolati világ folyamatosan részt vesz a személyközi szabályozásban.

Fónagy és Target kötődésalapú mentalizációs elméletének fontos eleme a Gergely és Watson által kidolgozott jelzett tükrözés koncepció (Gergely–Watson, 1998). Eszerint az anya a csecsemő számára annak érzelmi, fiziológiai, intencionális állapotait olyan túlzott mimikával, hanghordozással, azaz jelzetten fejezi ki és adja vissza, ami segíti, hogy a csecsemő el tudja különíteni a saját érzelmi állapotát az anyáétól. A primer testi-érzelmi állapotokról tehát kialakul egy tudás, azaz másodlagos reprezentáció, amely szükséges az érzelmek és impulzusok, végső soron önmagunk szabályozásához.

Izgalmas és megvilágító Armando Blanco Ferrari eredeti koncepciója a testviszonyról. (Carvalho, 2012; Lombardi, 2002; Rumble, 2010) Így foglaltuk össze elméletének témánk szempontjából lényeges aspektusait: „Az elme első eredeti tárgya a test, és a testi érzetektől mint elsődleges forrásból formálódik minden mentális aktivitás. Ferrari a testet Konkrét Eredeti Tárgynak nevezi (*Concrete Original Object – COO*). A gondolkodás és a szimbolizáció testből születő folyamata függ az anyai reverie minőségétől, azaz a tartalmazás, tükrözés sikerességétől. A test e képességének kibontakoztatása a korai anya-csecsemő kapcsolat milyenségén múlik. A gondolatok születése egész életünkben élő dinamikus folyamat, amiben a testi érzékelés alapvető szerepet játszik. Ferrari elméletében a pszichés egyensúly élő folyamat. A testérzetek és a gondolatok határvidékén folyamatos transzformáció zajlik: a formálatlan feszültségek gondolatokká alakulnak, a gondolatok testi benyomásokká, folyamatokká billenek.” (Kardos – Merényi, 2021, 88-89.)

E tükrözés a tartalmazottság, a megértettség megjelenése, egyben olyan szabályozás, amely *sajáttá* formálódva a szelf (és a másik) reprezentálódásának alapja. A csecsemőnek ebben a folyamatban alakul ki az a képessége, hogy saját érzelmi-testi állapotait észlelje, és elkülönítse mások állapotaitól. Így alakul ki a mentalizációs képesség, amely a saját testi érzetek és érzelmi, mentális, intencionális állapotok elkülönítésének, beazonosításának és a másik személy érzelmi, mentális, testi állapotaiban való tájékozódásnak a képessége.

Hogyan alakul a testviszony?

Ebben a folyamatban a testérzetek rendeződése és képzetekkel való kapcsolódása történik a fizikai testben, azaz felépülnek az érzelmi állapotokkal kapcsolt testérzetek reprezentációi, és a képzetek, fantáziák alakulása nem szakad el a testi élménytől. Ez az embodiment-mentalizáció megalapozása, ami azt a képességet jelenti, hogy a személy a testet az érzelmek, vágyak és érzések székhelyének tekintse, és reflektálni tudjon a saját testi élményeire és érzéseire, valamint ezek saját és mások intencionális mentális állapotaival való viszonyára. (Luyten et al., 2012) Ferrari hipotézise is (Lombardi, 2002; Carvalho, 2012) a gondolkodás és az érzelmi állapotok testérzetekkel való élő kapcsolatát hangsúlyozza: a gondolatok nem csupán önmaguk konstrukciói, hanem a test szenzációinak folyamatos áramlása által alakulnak. Az affektusokkal kapcsolódó nyers érzéki észleletek érzelmekké, képzetekké alakulása és a képzetek és érzelmek testérzetekkel való megtámasztása és szétválása folyamatosan, szabadon áramlik (Merényi, 2019).

A gyermek belakja a testét, birtokolni képes érzéseit, testét, fantáziáit, gondolatait. Térben és időben összefüggő lényként éli át magát. A test biztonságos, hozzáférhető. A Daniel Stern által leírt preverbális szelférzetek (Stern, 1985) jelenlétősége a szelfmagérzetek szintjén a hatóerőt, az életteliiséget, az összefüggő, egyben lévő testi én élményét és az időben való énfolytonosságot teremti meg. Az egészséges fejlődésben a test elhalványul, nem terhelődik túl (Carvalho, 2012; Lombardi, 2008, 2010; Rumble, 2010). A fejlődés folyamata együtt jár a közvetlen testi jelenvalóságból

való részleges visszahúzóással, és mentális tér nyílik a fantáziálás, álmodozás, gondolkodás számára.

A túlterhelődött test, a body-mind viszony kisiklása

A testhez való viszony a szelfszabályozás, a szelfélmény része; a szelfszabályozás magában foglalja a testi folyamatok szabályozását is, ahogy azt a neurobiológiai részről taglaltuk. A korai sérülések, traumák következtében a body-mind viszony is kisiklik. A belső mentális feldolgozás elégtelensége a testre terhelődik. Mindez eleve sérülékenyebbé teszi az egyént a testi tünetek és a betegségek iránt.

A gondozás során a valós kapcsolati tapasztalatok jellegzetes mintázata alakul ki, amiben az időbeliség eltérései, az illeszkedés elcsúszásai olyan „rések”, melyekben formálódni tudnak a „mi és hogyan fog történni” elvárásai. Ezek mint primer fantáziák segítik a csecsemő feszültségeinek, érzelmi életének szabályozását, és megalapozzák a szimbolizáció fejlődését (Campos, 2008). Ha ezek az elcsúszások, törések túl sokáig tartanak, vagy a csecsemőt elárasztja a gondozó érzelmi állapota, akkor énfolytonossága megszakad, mind fizikálisan, mind lelkileg sérül. (Allen et al., 2011) Debanné és munkatársai áttekintő tanulmánya szerint a leggyakoribb traumatikus tapasztalat, amikor a gondozó érzelmileg elárasztja vagy figyelmen kívül hagyja a csecsemőt, ezt követi a fizikai elhanyagolás és végül a szexuális és fizikai abúzus (Allen et al., 2011; Debanné et al., 2016). A legrombolóbb a tükröző kapcsolatok deficitje.

Armando Ferrari a pszichoszomatikus betegségeket a body-mind kapcsolat kérdéseként szemléli, amiben az egyén belső működésének általános problémája sűrűsödik. A testérzetek, testi benyomások gondolatokká alakítását és a gondolatok testérzetekkel való kapcsolódását kontakt network funkciónak nevezi, ami a test és a mentális tér közötti átmenet fontos területe. A nehéz érzések és testi élmények szabályozása ehhez a testi és mentális tartalmazóképeséghez, azaz a már fent leírt embodiment-mentalizációhoz kapcsolódik. Ferrari harmonikus és diszharmonikus testviszonyt különböztet meg.

Amikor megszűnik a test és a mentális tér közötti átmeneti határ, akkor az érzelmek, gondolatok azonnal testivé válnak, és fordítva: a testi érzetek prompt szorongássá alakulnak; ez tapasztalható a hipochondria, a pszichózis vagy a pánikzavar esetében. Amikor ez az átmeneti határ blokkolódik, az intellektuális absztrakciók kerülnek túlsúlyba, a testtől való elzártság állapota jön létre, és nincs valódi érdeklődés az érzékelés, érzések, érzelmek iránt. Szélsőséges esetben a test mint képzelt iker (*imaginary twin*, Bion, 1950) jelenik meg, nem érhető el mentális reprezentációként, és a test mint akut, súlyos betegség direkt támad (Lombardi, 2002).

A szomatizációs betegség során a test egyre jobban elidegenedik, idegen résszé válik. Az ilyenformán a sajátból külsővé lett test fenyegető, kiszámíthatatlan, nem lehet megbízni benne. A test „áruló”, harag tárgya lesz, hiszen szenvedést okoz, ilyenkor megtelik projekciókkal. Más esetben figyelmen kívül marad, a személy

mintegy elválík a testétől. Mindez tovább rombolja az érzelmi szabályozóképességet, a testviszonyhoz való hozzáférést.

A korai tükrözés tartósan ismétlődő hibás mintázatai a szelfélmény súlyos zavaraihoz vezetnek, aminek része a test túlterhelődése: „A belső mentális feldolgozás elégtelensége a testre terhelődik. Így a testben maradt (nem mentalizálódott) tudatállapotok és/vagy a túlzottan elmébe és testbe költözött és reprezentálódott nem saját állapotok (a gondozóé) erős szabályozhatatlansággal párosulnak (vagy párosultak a múltban).” (Merényi, 2019, 235.)

A testi tünetképződés együtt formálódik a kóros érzelemszabályozással és kapcsolati működéssel, azaz szervesen szövődik a különböző személyiségzavarokkal. A szomatizációs zavarban a testviszony egyre jobban torzul. Az állandósult testi szenvedés következtében romló kóros kapcsolati működés tovább rombolja az embodiment-mentalizációs képességet, s ez a testi tünetek súlyosbodásához vezet (Luyten et al., 2012).

Ha a csecsemő érzelmi, testi állapotainak tükrözése hiányos, a test túlterhelődik, mivel a visszhangot nem kapó, nyers érzetek, állapotok a testben maradnak. Katz hangsúlyozza, hogy ha a csecsemő dühös állapotaira nincs adekvát érzelmi válasz, gondozói elutasítják, illetve figyelmen kívül hagyják, akkor a düh a szomatikus szabályzórendszereket terheli (Katz, 2010), szomatizáció, testi betegségek formáiban jelenik meg. A személy nem képes saját érzéseit és testérzeteit megkülönböztetni, beazonosítani: „mentalizációs készség híján a test központi szerepet kap a szelf-reprezentációban. [...] Azok a tudatállapotok, melyek nem tudtak gondolatok vagy érzelmek formájában reprezentálódni, a testen keresztül jutnak kifejezésre.” (Fónagy, 1998, 333.)

Amikor a gondozó félelmi állapotai, dühe épül be sajátként (kongruens, jelöletlen tükrözés), a személy állandó formálatlan, kínzó testi-lelki feszültséget hordoz, amitől szabadulni kell. Azaz a testben is hordozott, nem elkülönülten létező szülői szelf-állapotok reprezentációi eluralják a belső világot (Kardos – Merényi, 2021). Ez mentális szinten fokozott projekciós szükségletként, testi szinten pedig elárasztottság, önsértés, hipochondria, pánik formájában jelenik meg. A kiszámíthatatlan gondozás egyszerre túlaggódó és elárasztó, elhanyagoló és elutasító. Ez az inkongruens tükrözés. A szülő félreértelmezi a csecsemő állapotát: gyenge a kapocs a valódi állapot és a szelfreprezentáció között: üresnek, hamisnak érzi magát, és a gyermek a testét sem tudja belakni (Gergely–Watson, 1998; Fónagy–Target, 1998), ami szintén hajlamosít a szomatizációra, testi betegségekre, hipochondriára. A kongruens jelöletlen és az inkongruens tükrözés hajlamossá tehet a testtel való romboló bánásmódra, az „önmagáról való torz gondoskodás” különböző formáira is: drog, szexuális perverziók, alkoholizmus, promiszkuitás, szuicídium, önsértés (Csabai, 2005). Jellemzően túlsúlyba kerülnek a negatív testélmények.

Kinga esete példa a test túlterhelődésére, a szomatizációs zavar mélyén felsejlő korai tükrözési hibákra, a torzult testviszonyra.

Kinga harmincas évei végén járó festőművész. Vékony, görnyedt tartású, élénk tekintetű nő. Azért keresett meg, mert testi betegségei és tünetei nagyon megviselték, és úgy érezte, életével elakadt. Köhögéssel kísért gyomorbántalmi, időnként erős izomfájdalmi miatt sokat szenvedett. Megmagyarázhatatlan, visszatérő bőrgyulladás, időnként alhasi görcsei miatt is orvosokhoz járt. Halálfélelemmel járó hypochondriája központjában rákbetegségtől való rettegése állt.

Nem esett teherbe, három éven át próbálkoztak párjával. Húsz évig dohányzott. Elégedetlen volt festészetével, ugyanakkor hiányolta a szakma elismerését. Sok harag volt benne szülei, férje iránt. Testi történetében több gyerekkori betegség, elhúzódó tüdőgyulladások, kórházi kezelések szerepelnek. Kinga édesanyja (aki maga is súlyosan traumatizált személy volt) gyermeke testi tüneteire nem, vagy dühösen reagált, majd megijedt, kétségbeesett, több alkalommal kórházba rohant vele, kamaszkorában sokat piszkálta.

A korai elhanyagoló és elárasztó bánásmód, a saját szelfélménnyé váló anyai rettegés és düh megjelent Kinga testével való viszonyában. Szabályozhatatlan, ellenséges érzéseit azonnal testi érzettként, tünetekként tapasztalta. Képtelen volt testi érzeteit beazonosítani, amik elárasztották. Teste és mentális világa között szinte megszűnt a határ. Tudatosan vágyott az anyaságra, de tudattalan félelme hátterében a támadó belső anyai reprezentációk állhattak. A teste feletti kontroll érzését edzéssel tudta átélni, nagyon odafigyelt arra, hogy mit és mennyit eszik.

A szomatizáció terápiás lehetőségei és a pszichodinamikus mozgás- és táncterápia

A szomatizációs betegségeknél a kisiklott body-mind viszonyhoz a legnehezebb hozzáférni.

A terápiás gondolkodás interszubjektív fordulata is fókuszba helyezte a terapeuta-páciens kapcsolati terében kirajzolódó korai interaktív szabályozó hatásokat, implicit kapcsolati elvárásokat. A szomatizációs zavarok kezelési lehetőségei is gazdagodtak. A verbális terápiákban a szavakkal történő kommunikáció mellett érzelmi, testi-fiziológiai dramaturgia is zajlik. A páciens kötődési zavara megjelenik a terápiás kapcsolatban, igencsak próbára téve a terapeuta érzelmi hangolódási, korai tartalmazó-tükröző képességét. Ha a terapeuta e korai szelfszabályozó funkciója kielégítő, akkor a korai kóros kapcsolati minták neurofiziológiai szinten is befolyásolhatók, és ha részlegesen is, átírhatók, a testi tünetképzés is halványul. A kölcsönhatások a terapeuta testi élményeiben, azaz testi viszontáttételében is megnyilvánulnak. Ha a terapeuta detektálja saját testérzeteit, fantáziáit, és nemcsak megérti ezek kapcsolati jelentését, de azokat átalakítva vissza is tudja forgatni a terápiás kapcsolatba, a páciens átéli a megértettséget, ami új szelftapasztalatként reprezentálódik. (A terapeuta testi munkájáról részletesen írtam [Merényi, 2019]).

A pszichodinamikus mozgás- és táncterápia (PMT) kifejezetten a testviszonyhoz fér hozzá. A testi figyelemre építve a korai, preverbális szelférzetek újrászervező lehetőségeit bontja ki.

Kinga – a verbális terápia elakadása

A terápia első szakaszában legerősebb tapasztalatom az volt, hogy nehezen tudtam kapcsolódni hozzá. Érzéseit, szorongását jobb állapotaiban pszichológiai, ezoterikus olvasmányaiból merített intellektuális magyarázatokkal próbálta oldani. Ezekre a gondolatmenetekre nehezen tudtam figyelni. Türelmetlenséget éreztem. Testi panaszait egyre frusztráltabban hallgattam. Hasi, gyomortáji feszültségeim, bizarr testi fantáziáim jelentek meg, például mintha a fejemet beburkolta volna egy pókhálószerű anyag, és ettől homályosan látom őt. Máskor úgy éreztem, mintha egy izgalomban lévő, mohó és megnyugtathatatlan csecsemővel lennék. Testi szenvedése, tünetei oly mértékben rögzültek, hogy a verbális terápia szűk játéktérnek bizonyult. Így jutott eszembe az egyéni pszichodinamikus mozgás- és táncterápia (PMT). Megbeszéltük a keretváltást, rövid átmeneti időszak után a PMT keretei között folytattuk a folyamatot.

Ahhoz, hogy a fenyegető test megszelídüljön, az élettelen test élettellivé váljon, a saját testhez új és más módon lehessen kapcsolódni, egy másik személy testére, figyelmére van szükség. A korai gondozói kapcsolat mintázódása elengedhetetlen, a PMT hatás fókusza éppen e korai érzelmi-testi interaktív szabályozás élővé tétele. A PMT építi az embodiment-mentalizáció képességét.

A PMT testtudati munkájában egyszerűen lekövethető testi, mozgásos fókuszokra irányítjuk a figyelmet, mint például járás, lefelé-felfelé irányuló mozgás, egyensúlyból kibillenés-visszabillenés stb. A mozgásos változások így nemcsak érzékelhetőkké, megfigyelhetőkké válnak, hanem mivel minden mozgásos-testi lehetőség, irány érvényes, a felfedezett lehetőségekkel el tud indulni egy szabad kísérletezés, játék is. Megnyílik és gazdagodik a testi tapasztalati világ, és a testhez kapcsolt rögzült jelentések fölfeslenek. E testi figyelem során elemi testi szintű mentalizációs építkezés valósul meg, egészen kis változások is tudatosává válnak, és ez a tudatosulás sokféle és új viszonyulást tesz lehetővé a különböző testi állapotokhoz. Mikroszinten élhető át, hogy egy testi-mozgásos állapotból több egyenértékű lehetőség elővételezhető, ez pedig elmozdulást indít a merev, implicit szinten rögzült, testhez kapcsolt beszűkült érzelmi és mentális állapotokból az új, pozitív tapasztalatok felé (Campos, 2008; Incze, 2008, 2020; Merényi, 2007, 2008, 2019; Szili, 2010), azaz megnyílik a mentális tér a szimbolizáció számára.

A saját testhez való kapcsolódáshoz a közös testtudati munka során a másik teste ad információt, ami lehet tartalmazó érintés vagy támasz. Ez vezet a kapcsolati tapasztalatokkal közösen formálódó új és pozitív testélmények megszületéséhez. Időt kell adni minden mozgásos készlet, izgalmi vagy bénult testi állapot, szorongás számára, viszont mindig meg kell találni az útját annak, hogy ezeket mozgásos aktivitásba transzformáljuk, ami a hatóerő, a kontroll érzetét, azaz az önszabályozás élményét erősíti.

Az alkotó improvizáció a valódi szelf tapasztalatát, teremtő és vigaszt nyújtó, gyógyító hatását hozza. Az így születő improvizáció kísérletezés, sejtés, de nem előre

tudás, elidőzés eme időtlen prereflektív tartományban. Az elvárások merev rendszere ebben az állapotban kikezsdhető, a régi és új határmezsgyéjén fantáziák, új jelentések képződnek. Ez az, ami az alkalmazkodást, rugalmasságot segíti.

Kinga terápiaja: az egyéni PMT folyamat mint fordulópont

A PMT testtudati-kapcsolati munkamódja medret ad a testi állapotok végigélésének és szabályozásának, és megnyitja az utat az érzelmek szimbolizálhatósága felé is.

A hetvenperces alkalmakat rövid állapotjelzéssel kezdtük, majd együtt mozogva egyszerű figyelmi fókuszú testtudati munka, ezután páros kapcsolati munka, végül a mozgásos élményekből születő, integráló mozgásimprovizáció következett. Az ülést megbeszéléssel fejeztük be.

A mozgásos munka első, hosszú szakaszában testtudati folyamatunkban a szorongással járó, vegetatív túlhangoltság, fokozott izomtónus átváltott a szédülés, fejfájás, hasi fájdalom és gyengeség állapotaiba. Az ezen állapotai közötti átmeneteket próbáltam segíteni a figyelmi fókuszok változtatásával, melyek a meglévő állapothoz képest ajánlottak módosulást.

Egy példa: sokszor csak fekve tudott megmaradni, és a fókusz ezeken az alkalmakon a fekvésből állásba kerülés folyamatán volt. Ebben a lelassult állapotban a fekvés pozícióinak változtatását, a testrészek mozgatását, gurulást, felfelé-lefelé irányokkal való kísérletezést javasoltam.

Számomra a legnehezebb a testemben érzékelt nehéz állapotainak hordozása, megtartása volt, de éppen ezekből születtek a továbbvivő testi lehetőségek. Például amikor türelmetlenségemből fakadóan dinamikusabb irányba indultunk volna el, testi rosszullétei lettek, előjöttek izomfájdalmi – ilyenkor újra egészen lelassulva a fájdalommal dolgoztunk, testi formákat keresgélünk. Ezekben a mozzanatokban át tudtuk alakítani a testi fájdalmat egy enyhébb, viselhetőbb állapotba. Kinga fokozatosan ismerkedett testi erejével, képessé vált nagyobb erővel, izomtónussal mozogni. Testi feszültségeit intenzív közös mozgásba tudtuk fordítani. A megbeszéléseken a testi élmény és a megfogalmazás nagyon lassan, de közelített egymáshoz, az érzéseihez is kezdtünk közelebb kerülni. Képessé vált gondolkodni magáról, a pszichológiai magyarázatok ritkultak.

Fokozatosan elbírt és használni tudta az általam adott fizikai támaszt³, és ezt követően egyre jobban élvezte a saját mozgásfolyamata születését. Örömteli volt látni, ahogy kísérletezik. Görnyedt, becsukódott testtartásából többször ki tudott nyílni. Izomfájdalmi ilyenkor szinte elmúltak.

Az alkalmakon az alkotó improvizációs lehetőségek közül sokáig „utat” csináltunk: el kell jutni a terem egyik végéből a másikig, az aznapi alkalom mozgásait felidézve, átalakítva. Eleinte együtt tettük meg ezt az utat, majd Kinga egyre inkább

³ A PMT-ben a másik személy által adott támasz tenyérrrel vagy más testrészsel, amely segíti a támaszt kapó személy saját testhatárának, izomtónusának érzékelését, és így információt kap saját testéről.

átélte az alkotás örömét, hogy egyedül hozta létre. Az út térbelisége önmagában strukturálja az élményt, és megteremti az időbeliséget. Amikor ide eljutottunk, választott térrészben önálló mozgásalkotással is dolgoztunk, szabad kapcsolódással.

Két éve tartott a folyamatunk, amikor teherbe esett. Az első időszakban átmenetileg felerősödtek izomfájdalmai és hipochondriás gondolatai, amiket össze tudunk kapcsolni a terhesség új testélményeivel és az anyaságtól való félelmeivel. Ahogy a terhessége előrehaladt, egyre többet foglalkozott azzal, hogy anyjának milyen lehetett, amikor őt várta. Először gondolt arra, hogy anyja is várta őt. A benne lévő fenyegető anyakép lágylt. Eközben valódi anyja nagyon igyekezett, hogy kapcsolata legyen lányával. A PMT testtudati figyelme teret és időt adott arra, hogy a köztünk zajló testi-mozgásos folyamatban felbukkanó érzelmi állapotok formát öltsenek, tartalmazottakká és ennél fogva átélhetővé legyenek, dühei emészthetőbbeké váljanak. Mindez verbálisan is hozzáférhetőbb, szimbolizálható lett.

Anyját is árnyaltabban kezdte látni. Kinga szabályozta, hogy milyen gyakran lássák egymást, óvatos volt. Hathónapos várandós volt, amikor találkoztak.

A szülést követően verbális keretek között folytattuk a munkát. Nehezen viselte az első hónapokat, megterhelte a csecsemővel való állandó együttlét, ami férjével kapcsolatos elégedetlenségeit is erősítette. Még három évig járt hozzám.

A kapcsolatunkban megélt mikrotapasztalatok elkezdtek kitölteni a korai tartalmazottság hiányait, és szelídítették korábbi pusztító düheit. Testi érzeteinek észlelése, azok mozgásos átalakíthatóságának élménye és tudatosulása a valódi kontroll érzetét hozták számára, azaz elindult a testből formálódó mentalizációs folyamat. Az új, test adta pozitív élmények ellensúlyozni tudták a nehéz, ijesztő mentális és testi képzeteket. Át tudta élni, hogy a teste biztonságos is lehet. Hipochondriája sokat enyhült. Bár izomfájdalmai változatlanul erősek voltak, ritkábban jelentkeztek. Anyjával is javult a kapcsolata, megbocsátóbb lett. Bőrgyulladására ritkábban jelent meg. Refluxa gyógyszer mellett rendbejött. Elkezdett újra festeni.

A testbe költözött üldöző anyai reprezentáció: Erzsébet

Erzsébet öt éve keresett meg rákbeteg anyja halála után. Anyja haldoklása, majd halála testi létében rázta meg, valódi testi fenyegetettséget élt át. Mindig rossz volt a kapcsolatuk: anyja kiegyensúlyozatlan volt, saját szorongásai és aggodalmai lefoglalták, lánya emlékei szerint sosem tudta őt megnyugtatni, félt tőle. Anyja halála után rettegett, és szinte téveszmeként az volt a meggyőződése, hogy anyja „megszállta”, nem hagyja élni, magával viszi a halálba. Nagyon sok testi tünete lett, és biztos volt abban, hogy neki is rákja lesz. Sokszor émelygett, szédült. Mellében talált egy csomót; biztos volt benne, hogy rákos, de jóindulatúnak bizonyult, azóta se változott.

Testi történetében sokféle tünet szerepelt: ismeretlen eredetű végtagfájdalmi, bélproblémái voltak, és nagyon nehezen esett teherbe. Apjával jobb volt a kapcsolata, de mivel szülei tízéves korában elváltak, kevesebbet találkoztak.

A kapcsolatunkban formát öltöttek anyjával való tapasztalatai, nyugtalan belső állapotai. A felszínen félt tőlem, nem hitte el, hogy kíváncsi vagyok rá. Úgy éreztem, hogy érinthetetlen, hogy fal van közöttünk. Hosszú fejtegetései, ezotériába hajló magyarázatai egyre távolabb vittek tőle, a tehetetlenség és düh keveredett bennem. Az elmondottak távolságot teremtettek, de a testélményen el lehetett indulni. Nyugtalanító fantáziáim bukkantak fel a beteg, rákos testről, átsuhanó halálfélelemmel kísérve. Amikor képes voltam a beszűkített, bénító térben a testemre is figyelni, sokszor mellkasi nyomást, a légzés visszatartottságát, gyomorszorítást tapasztaltam. Ezen az úton haladva lassan láthatóvá és tapinthatóvá vált a testében hordozott elutasítottság és a düh romboló ereje. Megnyílt a horizontális testi tér, képessé váltam arra, hogy kapcsolódni tudjak hozzá, és érvényesüljenek a testi finom szabályozó hatások (Merényi, 2019).

Így vált elmondhatóvá számára az, hogy egész életében viszolygott anyja érintésétől. Rákos anyja testétől még jobban irtózott. Ő ápolta, és erőt kell vennie magán, hogy kibírja. Meg tudta osztani, hogy álmaiban sokáig halott, bomló anyja képe kísérti, időnként éberem is hallucinatorikusan elárasztják ezek a képek. Azért nem tudott erről eddig beszélni, mert túlságosan valóságos volt a számára, kimondhatatlannak érezte, távol kellett magától tartani. Ahogy ezekről gondolkodni tudott velem, elindult elemi rettegéseinek beazonosítása, szimbolizálhatósága.

Egyre szabadabban tudunk létezni együtt, és elkezdtük kirakni az anyai mérgek nagy részét. Testi tünetei enyhültek, a csomó kisebb lett. Elkezdett törődni a testével. Testtudatot építő Pilates-tornára jár, amiben egyre inkább örömet tudja lelteni. Azóta is dolgozunk, egyre jobban képes gondolkodni magáról, és benne maradni az érzéseiben. Hipochondriája megterhelő érzelmi helyzetekben felerősödik, de sokkal rövidebb ideig szorul bele ezekbe a félelmi állapotokba.

A testi munka lehetősége a szomatizációs zavar komplex kezelésében

A szomatizáció és a testi betegségek komplex kezelésében a pszichoterápia és a szomatikus ellátás integrációja a legcélravezetőbb. A Panoráma – új nevén Panoráma Poliklinika – megalakulásakor éppen e betegek komplex ellátását tűzte ki célul. Orvosok, terapeuták, pszichiáterek dolgoznak együtt, akik a szomatikus gyógyítást egyéni, csoportterápiás módszerekkel integrálják; a komplexitást és a szakmai minőséget külső szakemberek által vezetett Bálint-csoport és esetmegbeszélő csoport garantálja.

Folyamatosan felmerül az a nehézség, hogy a testi tünetekhez, a betegség testi szintjéhez a döntően verbálisan zajló terápiákban sokszor nehéz hozzáférni, különösen azokban az esetekben, amelyeknél a testtől való elválasztottság dominál, azaz amikor a test idegenné válik. A Panoráma szakmai vezetőivel, Kovács Györgyivel és Spányik Andrással sokat gondolkodtunk arról, hogy hogyan lehetne beépíteni a PMT

módszerét intéztük terápiás rendszerébe. Mivel több terapeuta élt át elakadást betegségével az egyéni terápiás munkában, féléves PMT-csoportfolyamatot terveztünk az egyéni terápia megsegítéséhez.

A terapeutákkal⁴ a folyamat elején, közepén, végén és a csoport lezárását követően négy hónappal közös megbeszélésünk volt, melynek során átgondoltuk a betegek egyéni és csoportfolyamatát, hogy integrálni tudjuk a különböző aspektusokat, dinamikai jelenségeket. Természetesen a páciensek tudtak erről, és így vettek részt a csoportban. Az indikáció a terápiás munkában történő olyan elakadás volt, amely a testi élményektől való elzárttságban, a szegényessé váló tematikában, az érzelmi tompultságban, az önmaguk iránti érdeklődés csökkenésében vagy épp a testi tünetek túlsúlyában nyilvánult meg. A terapeuták nehéz viszontlátéti érzéseket éltek át: belefáradást, frusztráltságot, haragot, aggodást és inkompetenciát. A csoportban kilenc páciens vett részt, betegségük/tüneteik között remisszióban lévő rákbetegség, krónikus gyulladások, autoimmun betegségek, irritábilis bél szindróma, izomfájdalmak, hipochondria szerepeltek. Asszisztensem Gyulavári Ágnes táncterapeuta volt, aki közvetlen testi-mozgásos jelenlét útján hangolódással, beavatkozással segítette a folyamatot.

A csoportfolyamat első szakaszában a testtudati munka során azt tapasztaltuk, hogy a saját testükre nehezen vagy egyáltalán nem tudtak figyelni, ami nyugtalanságban, kívül maradásban, testi rosszulletek jelentkezésében nyilvánult meg. Ezért kezdettől fogva társakkal való strukturált testtudati építkezéssel dolgoztunk, a másik figyelme, testi támpontjai (támasz, érintés), segítették hozzá őket ahhoz, hogy képesek legyenek a saját testükhöz kapcsolódni. A kapcsolati munkában nehezen hangolódtak egymásra, az intimitástól való erős félelem háritások formáiban jelent meg, beszélgettek, nevetgéltek, megakadtak, segítséget keresve nézegettek kifelé. A második szakaszban a közös testtudati munkában egyre több pozitív testi tapasztalatot szereztek, ami elősegítette, hogy új, életteli kapcsolati mozgásos élményeik szülessenek. Meg tudott erősödni a szelfmag élménye, azaz a hatóerő, énfolytonosság, a testi egység és a vitalitás érzete – ami a PMT egyik legfontosabb hatótényezője.

A megbeszéléseken kezdetben keveset mondtak magukról, de friss mozgásos élményeik megosztása, tapasztalataik egyeztetése, hitelesítése megteremtette a bizalmat, és képessé váltak beszélni betegségükről, élethelyzetükről, narratívába tudtak emelkedni a csoportban átélt tapasztalataik. A folyamat harmadik szakaszában betegségstörténetükben új szempontok, a veszteség, gyász érzései fogalmazódtak meg. A csoportot mint támogató, elfogadó megtartó közeget értékesnek érezték, erős csoportkohézió épült fel.

A terapeutákat és a PMT csoport vezetőit is meglepték az eredmények. Mivel képesek lettek a testükkel előbb kapcsolatba kerülni, néhányan megszervezték az addig halogatott orvosi kontrollvizsgálatokat. Az egyéni terápiás térben oldódtak az elakadások, visszatért és/vagy megjelent az érdeklődés saját maguk iránt, hozzáférhetőbbé váltak a szomorúság és a harag érzései. Egy páciens került prepszichotikus állapotba, ami gyógyszeres kezelést is igényelt. A terapeuták a közös

⁴ Hódi Ágnes, Kovács Erika, Spányik András és Szőke Katalin terapeutákkal dolgoztunk együtt, köszönöm nekik az inspiráló együttműködést.

feldolgozás során integrálni tudták a két tér dinamikai történéseit, ami segítette saját vizionálttételükkel való munkájukat, betegek mélyebb megértését. A csoportmunka során végig szem előtt tartottuk az egyéni terápiás kapcsolatok elsődlegességét: hiszen a betegek számára létfontosságú a korai duális kapcsolati mező.

Nehézséget jelentett néhány páciens esetében a két terápiás tér megterhelő mivolta, ami kedvezett a hasításnak – az egyik jó, a másik rossz hely –, ez a megbeszélések segítségével kezelhető volt. Nehéz volt az elválás, megjelent a hosszabb folyamat igénye. Ebben a konstrukcióban a PMT a betegek terápiás folyamatában fontos kiegészítő és katalizáló terápiás hatású volt.

Felhasznált irodalom

- Allen, J. G. – Fonagy, P. – Batement, A. W.** (2011). *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Budapest: Oriold és Társai Kft.
- Anda, R. – Felitti, V. – Bremner, J. – Walker, J. – Whitfield, C. – Perry, B. – Dube, S. – Giles, W.** (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3): 174-186.
- Bálint M.** (1957). *Az orvos, a betegek és a betegség*. Budapest: Animula, 1990.
- Carvalho, R.** (2012). A brief introduction to the thought of Armando B. Ferrari. *British Journal of Psychotherapy*, 28(4): 413-434.
- Campos A.** (2008). A test valósága és a fantázia tere a pszichodinamikus mozgás- és táncterápiában. *Pszichoterápia*, 17(6): 379-385.
- Csabai M.** (2005). Az elbeszélhetetlen történet. Szomatizációs tünetek és szelfszerveződés. *Thalassa*, 16(1):25-38.
- Debbané, M. – Salaminios, G. – Luyten, P. – Badoud, D. – Armando, M. – Tozzi, A. S.**
- Fonagy, P. – Brent, B. K.** (2016). Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, Article 406. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00406>
- Fonagy, P. – Target, M.** (1998). A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében. *Thalassa*, 9(1): 5-44.
- Fónagy P.** (1998). A reménytelen eset: Határeseti betegek analitikus kezelésének lehetőségei. *Pszichoterápia*, 7(5): 331-343.
- Freud, S. – Breuer, J.** (1895). *Tanulmányok a hisztériáról*. Budapest: Animula, 2011.
- Fries, E. – Hesse, J. – Hellhammer, J. – Hellhammer, H. D.** (2005). A new view on hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology*, 30: 1010-1016.
- Gergely Gy. – Watson, J.** (1998). A szülői érzelmetükrözés szociális biofeedback modellje. *Thalassa*, 9(1): 56-105.

- Incze A.** (2008). A testtudati munka mint a testi kreativitás mozgósítója. In: Merényi M., Korbai H. (szerk.), *Pszichodinamikus mozgás- és táncterápia* (104-113). Budapest: L'Harmattan. Első megjelenés: *Pszichodráma Újság*, 2008. tavasz, 40-47.
- Incze A.** (2020). A terápiás történések múltja és jelene. A pszichodinamikus mozgás- és táncterápia hatótényezői. *Pszichoterápia*, 4: 354-365.
- Kardos T. – Merényi M.** (2021). Némely nagy bűnök büntetése. *Lélekelemzés*, 16(2): 84-100.
- Katz, A. W. – FIPA** (2010). Healing the Split Between Body and Mind: Structural and Developmental Aspects of Psychosomatic Illness. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(5): 430-444.
- Lénárd K.** (2003). *A modern self-elméletek klinikai pszichiátriai és pszichoanalízistörténeti vonatkozásai*. Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinika. <https://pea.lib.pte.hu/handle/pea/16292>
- Lombardi, R.** (2002). Primitive mental states and the body: A personal view of Armando B. Ferrari's concrete original object. *International Journal of Psychoanalysis*, 83: 363-381.
- Lombardi, R.** (2008). The body in the analytic session: Focusing on the body–mind link. *International Journal of Psychoanalysis*, 89: 89-110.
- Luyten, P. – van Houdenhove, B. – Lemma, A. – Target, M. – Fonagy, P.** (2012). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(2): 121-140.
- Merényi M.** (2007). Tudatállapotok jelentősége a pszichodinamikus mozgás- és táncterápiában. *Pszichoterápia*, 16(4): 235-240.
- Merényi M.** (2008). Mozgás- és táncterápiák helye a pszichoterápiák között. A pszichodinamikus mozgás- és táncterápia testfelfogása. In: Merényi M., Korbai H. (szerk.), *Pszichodinamikus mozgás- és táncterápia* (13-24). Budapest: L'Harmattan, 2021. Első megjelenés: *Pszichodráma Újság*, 2008. tavasz: 86-92.
- Merényi M.** (2019). A testtudat lehetőségei az analitikus pszichoterápiában. *Lélekelemzés*, 14(2): 232–247.
- Rumble, B.** (2010). The body as hypothesis and as question: towards a concept of therapist embodiment. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy. An International Journal for Theory, Research and Practice*, 5: 129-140.
- Siegel, D. J.** (1998). *The Developing Mind. Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York: The Guilford Press.
- Stern, D.** (1985). *A csecsemő személyközi világa*. Budapest: Animula, 2002.
- Stern, D.** (1994). Une manière de construire un nourrisson cliniquement pertinent. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 37-38: 15-37.

Stolorow, R. D. – Atwood, G. E. (1991). The Mind and the Body. *Psychoanalytic Dialogues*, 1(2): 181-195.

Szili K. (2010). *Az érzet sorsa. A modern pszichoanalízis hozzájárulása a pszichodinamikus mozgás- és táncterápia testtudati munkájához.* Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Doktori Iskola.
<https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15273/szili-katalin-phd-2010.pdf>

Varga K. (2011). Az oxitocin mint neurotranszmitter: a perifériás hatókörön túl. *Lege Artis Medicinae*, 21(12): 1-6.